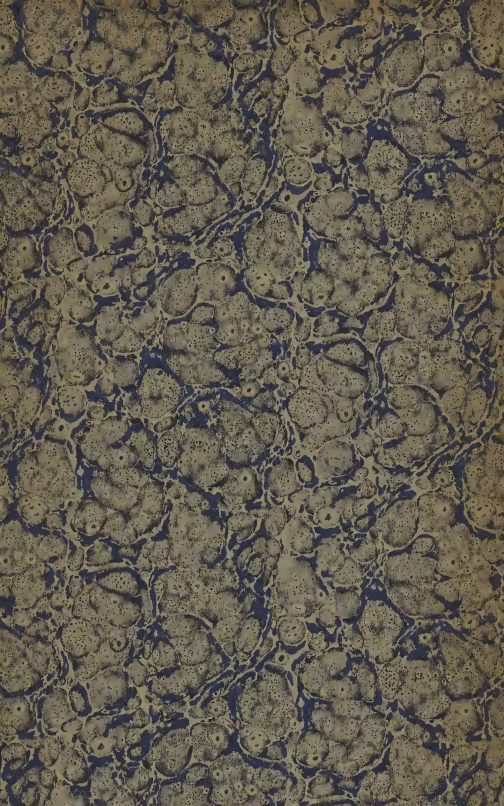


Ayez le respect des Livres

BIBLIOTHÈQUE
DE LA
FACULTÉ DE MÉDECINE

Salles de Lecture

Remettez ce livre à sa place
après consultation





90152

135
ANNALES 90152

MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

REVUE PSYCHIATRIQUE

BULLETIN OFFICIEL DE LA
SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

==
FONDATEUR.

J. BAILLARGER

RÉDACTEUR EN CHEF :

RENÉ CHARPENTIER

XV^e Série - 97^e Année - T. II - N° 1

Juin 1939

MASSON & C^{ie}, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

PUBLICATION PÉRIODIQUE
PARAISANT 10 FOIS PAR AN

Ce numéro contient les Tables du Tome I de l'année 1939.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

ANCIENS REDACTEURS EN CHEF (1843-1930) :

BALLARGER, CERISE, LONGET,
BRIERRE DE BOISMONT, MOREAU (de Tours),
LUNIER, FOVILLE, RITTI, Henri COLIN

RÉDACTEUR EN CHEF : René CHARPENTIER

COMITE DE REDACTION :

MM. ABADIE, D. ANGLADE, BEAUSSART, CAPGRAS, H. CLAUDE,
COURBON, A. DELMAS, DEMAY, G. DUMAS, DUPOUY, EUZIÈRE,
J. HAMEL, Pierre JANET, KLIPPEL, LAIGNEL-LAVASTINE, LAUZIER,
J. LÉPINE, LÉVY-VALENSI, LHERMITTE, MARCHAND, MIGNOT,
PACTET, PIERON, POROT, RAVIART, ROGUES DE FURSAC, SÉGLAS,
SÉRIEUX, Th. SIMON, TINEL, TOULOUSE, VERNET.

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL (1939)

(L'abonnement part du 1^{er} janvier)

France et Colonies, 190 fr., prix du n^o, 24 fr., changement d'adresse, 1 fr.

Etranger	Tarif n ^o 1.....	220 fr.
	Tarif n ^o 2.....	230 fr.

N. B. — Ne bénéficient du tarif réduit n^o 1 que les abonnés des pays qui, conformément à la convention postale universelle de Stockholm, ont accepté une réduction sur les affranchissements des publications périodiques. Ces pays sont : Albanie, Allemagne, République Argentine, Belgique, Bolivie, Brésil, Bulgarie, Canada, Chili, Colombie, Congo belge, Costa-Rica, Cuba, Egypte, Equateur, Espagne, Esthonie, Finlande, Grèce, Guatemala, Haïti, Hedjaz, Honduras, Hongrie, Iran, Irak, Italie, Lettonie, Libéria, Lithuanie, Mexique, Nicaragua-Panama, Paraguay, Pays-Bas, Péron, Pologne, Portugal et ses colonies, République Dominicaine, Roumanie, San-Salvador, Suède, Suisse, Tcheco-Slovaquie, Turquie, Union Afrique du Sud, Uruguay, U. R. S. S., Venezuela, Yougoslavie.

CONDITIONS DE VENTE DES COLLECTIONS :

I ^{re} série, par BAILLARGER, CERISE et LONGET (1843 à 1848), 12 vol. in-8, avec planches. Les années 1846-1847 sont épuisées. 8 volumes in-8.....	725 fr.
II ^e série (1849 à 1854), par BAILLARGER, BRIERRE DE BOISMONT et CERISE. 6 volumes in-8.....	825 fr.
III ^e série (1875 à 1892), par BAILLARGER, MOREAU (de Tours) et CERISE. 8 volumes in-8.....	1.075 fr.
V ^e série (1863 à 1868), par BAILLARGER, CERISE et LUNIER. 12 volumes in-8....	750 fr.
V ^e série (1869 à 1878), par BAILLARGER, CERISE et LUNIER. 20 volumes in-8....	1.325 fr.
VI ^e série (1879 à 1884), par BAILLARGER, LUNIER et FOVILLE. 12 volumes in-8....	750 fr.
VII ^e série (1885 à 1904), publiée par ANTOINE RITTI. 20 volumes in-8.....	1.250 fr.
VIII ^e série (1895 à 1904), publiée par A. RITTI. 14 volumes in-8.....	1.250 fr.
IX ^e série (1905 à 1911), publiée par A. RITTI et H. COLIN. 12 volumes in-8.....	875 fr.
X ^e série (1912-1922), publiée par A. RITTI et H. COLIN. 12 volumes in-8.....	875 fr.
XI ^e série (1921), publiée par HENRI COLIN. 2 volumes in-8.....	125 fr.
XII ^e série (1922 à 1930), publiée par HENRI COLIN. 18 volumes in-8.....	1.125 fr.
XIII ^e série (1931), publiée par René CHARPENTIER. 2 volumes in-8.....	220 fr.
XIV ^e série (1932 à 1934), publiée par René CHARPENTIER. 6 volumes in-8.....	660 fr.
XV ^e série (1935 à 1938), publiée par René CHARPENTIER. 8 volumes in-8.....	880 fr.
Table générale et alphabétique (1843 à 1906). 1 volume in-8.....	75 fr.
Table générale et alphabétique (1896 à 1878). 1 volume in-8.....	75 fr.
Table générale et alphabétique (1879 à 1930.) 1 volume in-8.....	150 fr.

Les Annales médico-psychologiques forment chaque année 2 volumes in-8°

(Les manuscrits non insérés ne sont pas rendus)

90152

ANNALES
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

REVUE PSYCHIATRIQUE

BULLETIN OFFICIEL DE LA
SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

ANNÉE 1939

TOME DEUXIÈME



ANNALES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES

ANCIENS REDACTEURS EN CHEF :

(1843-1930)

BAILLARGER, CERISE, LONGET,
BRIERRE DE BOISMONT, MOREAU (de Tours),
LUNIER, FOVILLE, RITTI, HENRI COLIN

RÉDACTEUR EN CHEF : RENÉ CHARPENTIER

COMITE DE REDACTION :

MM. ABADIE, D. ANGLADE, BEAUSSART, Ch. BLONDEL, CAPGRAS,
H. CLAUDE, COURBON, Ach. DELMAS, DEMAY, G. DUMAS, DUPOUY,
EUZIÈRE, J. HAMEL, Pierre JANET, KLIPPEL, LAIGNEL-LAVASTINE,
LAUZIER, J. LÉPINE, LÉVY-VALENSI, LHERMITTE, MARCHAND,
MIGNOT, PACTET, PIERON, POROT, RAVIART, ROGUES DE FURSAC,
SÉGLAS. SÉRIEUX, Th. SIMON, TINEL, TOULOUSE, VERNET,

ANNALES

90152

MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

REVUE PSYCHIATRIQUE

BULLETIN OFFICIEL DE LA
SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE



FONDATEUR.

J. BAILLARGER

RÉDACTEUR EN CHEF:

RENÉ CHARPENTIER



XV^e SÉRIE — 97^e ANNÉE — 1939
TOME DEUXIÈME



MASSON & C^{ie}, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

PUBLICATION PÉRIODIQUE
PARAISANT 10 FOIS PAR AN

TABLE DES MATIÈRES

QUINZIÈME SÉRIE - 97^e ANNÉE - TOME II

JUIN-DÉCEMBRE 1939

MÉMOIRES ORIGINAUX

	Pages
La schizophrénie traumatique, par G. de MORSIER	1
De l'antagonisme du bien et du mal dans quelques délires, par A. SOULAIRAC et R. SUTTEL.....	13
Recherches sur l'action du cardiazol, par W. STRYJENSKI et J. DRETLER .	37
Pédagogie générale : les changements de clavier, par P. CHATIGNY.....	157
A propos de la loi de 1838 et de son projet de révision, par G. HEUYER.....	179
La méthode viennoise de traitement des états schizophréniques, par M. LECONTE.....	201
Sur l'application des résultats de la cure de Sakel, par P. COSSA et BOUGEANT	219
Ennui et concupiscences. Ennui et asthénie, par R. BENON	224
L'Œuvre de Charles Blondel, par P. COURBON.....	365
Pensée affective et psychopathologie, par J. BURSTIN.....	382, 495, 557
De la « schizophrénie », la « cyclophrénie » et la « paraphrénie », par P. OSTANCOV	404
Quelques terminaisons des délires chroniques. Suspension et réinté- gration du délire; degrés divers de réadaptation sociale; processus de normalisation, par J. VIÉ.....	461
Automatisme et hypertonie de nature psychomotrice, par J. EUZIÈRE, E. FANSIO et R. LAFON.....	575
L'assistance aux aliénés en Algérie depuis le XIX ^e siècle, par M. DESRUELLES et H. BERSOT	578

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du jeudi 8 juin 1939

Pages

Polynévrite alcoolique avec maux perforants. Etat démentiel. Ictus.	
Syndrome pseudo-bulbaire. Hyperalbuminose rachidienne, par MM.	
L. MARCHAND et R. DUPOUY	47
Idées de transformation sexuelle et travestissement chez deux délirants	
chroniques, par MM. J. FORTINEAU, R. VERCIER, Ch. DURAND et L. VIDART.	51
Fugues à répétition post-émotionnelles, d'allure cyclothymique aty-	
pique, par M. R. DUPOUY et M ^{lle} S. BARRET	55
Cas complexe de confusion récidivante chez un buveur interné, par	
MM. J. DUBLINEAU et H. DUCHÈNE	59
Syndrome d'affaiblissement chez un buveur ancien syphilitique et	
paludéen, par MM. J. DUBLINEAU et H. DUCHÈNE	62
L'encéphalographie dans la maladie de Pick, par M. L. FROMENTY	64

Séance du lundi 26 juin 1939

Adoption du procès verbal	72
Correspondance	72
Election d'un membre correspondant national	72
Election d'un membre associé étranger	73
Un cas de psychose cardiaque : complication cérébrale d'un rétré-	
cissement mitral grave, par MM. P. SCHERRER et J. DEVALLET	73
Un cas de psychose de dégoût conjugal avec réaction infanticide,	
par MM. J. DEVALLET et P. SCHERRER	80
Valeur pathogénique des troubles du caractère observés chez les	
buveurs, par MM. J. DUBLINEAU et H. DUCHÈNE	89
Sur les facteurs de curabilité dans certains troubles mentaux des	
buveurs, par MM. J. DUBLINEAU et H. DUCHÈNE	94
Sur certaines associations morbides observées dans le passé des	
buveurs internés, par MM. J. DUBLINEAU et H. DUCHÈNE	97
Sur la thérapeutique de la schizophrénie et d'autres psychoses par	
l'insuline et le cardiazol, par MM. P. TOMESCO, S. CONSTANTINESCO	
et J. CANTAGUÈNE	105

Séance du jeudi 13 juillet 1939

Aux confins de l'obsession et du délire. Thèmes de possession et	
pseudo-hallucinations visuelles dans un syndrome encéphalitique,	
par MM. J. VIÉ et P. RAUCOULES	236
Syndrome polynévritique de Korsakoff avec mal perforant plantaire,	
par M. P. GUIRAUD, M ^{lle} M. MICUCCI et M. G. OUDOT	243
Troubles mentaux hallucinatoires chez deux tabétiques, par MM.	
G. HEUYER et NEVEU	246

Troubles caractérisés chez un schizoïde très amélioré par le cardiazol, par MM. H. CLAUDE, Ch. DURAND, L. VIDART et G. DESHAIES.....	253
Ostéomalacie de l'âge mûr chez une oligophrène. Etude biologique, par M. P. CHATAGNON, M ^{lle} C. CHATAGNON et M. P. GÉRARD	260

Séance du lundi 23 octobre 1939

Adoption du procès verbal.....	417
Correspondance.....	417
Décès du Docteur Lwoff	418
Décès du Docteur Paul Camus.....	418
Discours inédit de Gerdy à la présidence de la Société Médico-psy- chologique, par M. LAIGNEL-LAVASTINE.....	419
Hommage à la mémoire du professeur Bleuler, par M. E. MINKOWSKI....	420
L'œuvre de S. Freud. Esquisse critique, par M. H. CODET.....	424
Délire interprétatif et imaginatif à début cénesthésique et à extension religieuse chez une malformée, par MM. LAIGNEL-LAVASTINE et H. MIGNOT	428

Séance du lundi 27 novembre 1939

Adoption du procès verbal	516
Correspondance	516
Date des prochaines séances.....	517
Avis relatif à la longueur des communications	517
Définition de l'érotomanie, par M. J. FRETET.....	517
Discussion d'un diagnostic d'érotomanie pure, par MM. J. FRETET et H. DUCHÊNE	524
Erotomanie de type passionnel pur. Régression pragmatique, par MM. J. VIÉ et P. RAUCOULES.....	531
Application des données récentes de chimie-physique à l'étude des troubles des constituants tissulaires en psychiatrie. Les isotopes en psychiatrie, par M. P. CHATAGNON et M ^{lle} C. CHATAGNON.....	537

Séance du lundi 18 décembre 1939

Adoption du procès verbal	597
Correspondance	597
Croix de guerre.....	598
Election d'un membre titulaire honoraire	598
Election de deux membres correspondants nationaux	598
Rapport de la Commission des finances	598
Rapport du Secrétaire général	599
Prix de la Société Médico-Psychologique.....	600
Election du Bureau de la Société pour l'année 1940.....	600
Bureau de la Société Médico-Psychologique pour 1940.....	601
Conseil d'administration.....	602
Commission des Finances.....	602
Décès du Docteur Ségla.....	602
Part des troubles vasculaires dans l'évolution clinique des syndromes mentaux à propos d'un cas d'alcoolisme chronique avec syndrome de Raynaud et d'un cas de psychose maniaco-dépressive avec arythmie. Leur importance au point de vue thérapeutique, par M. P. CHATAGNON et M ^{lle} S. JOUANNAIS.....	605

Influence des événements de guerre sur les psychopathies, par M. P. CHATAGNON et M ^{lle} S. JOUANNAIS	610
Evénements de guerre et troubles mentaux, par M. H. BEAUDOUIN.....	618
Troubles psychopathiques en rapport avec les événements actuels, par M. J. Vié.....	621

RÉUNIONS ET CONGRÈS

VI^e RÉUNION EUROPÉENNE D'HYGIÈNE MENTALE

(Lugano, 4-6 juin 1939)

Discours inaugural du Dr REPOD, Président.....	276
Constitution du Comité Européen d'Hygiène mentale, par M. G. BAILLY	277
Les fondements biologiques de la compréhension mutuelle, par M. J. Vié ...	278
Les bases biologiques de la compréhension mutuelle, par M. KRETSCHMER....	279
Les bases psychologiques de la compréhension mutuelle, par M. A. LEY.....	280
L'importance pour la compréhension mutuelle des types psychologiques polarisés, par M. HATTINGBERG	281
Nature et caractère essentiels de la compréhension mutuelle, par M. E. MINKOWSKI	282
La compréhension mutuelle dans la société primitive et dans la société moderne, par M. E. MILLER	283
Les obstacles à la compréhension mutuelle, par M. Ed. CLAPARÈDE.....	283
L'éducation à la compréhension mutuelle, par M. H. MERG	284
Compréhension mutuelle entre groupes humains et entre peuples, par M. HARGREAVES	285
Vie économique et compréhension mutuelle, par M. J. BILLSTROM	285
Compréhension mutuelle et religieuse, par M. KIELHOLZ	286
Compréhension mutuelle et vie familiale, par M. W. MORGENTHAUER.....	286
Les tâches immédiates de l'hygiène mentale en Europe, par M. H.-W. MAIER	287

GROUPEMENT BELGE D'ÉTUDES

OTO-NEURO-OPHTHALMOLOGIQUES ET NEURO-CHIRURGICALES

(Réunion annuelle du 16 décembre 1939)

Etude de l'atrophie optique

Deux cas de sclérose tubéreuse (Maladie de Bourneville) avec lésions réti- niennes, par M ^{me} André VAN LEEUWEN et M. BUSSCHAERT	629
---	-----

	Pages
Neuropathologie de l'atrophie optique. Considérations générales, par M. H. COPPEZ	629
L'atrophie simple du nerf optique, par M. VANDERHORVE.....	629
Atrophie optique dans les tumeurs juxtahypophysaires, par M. P. MARTIN...	630
Atrophie optique familiale compliquée de Behr, par M ^{me} André VAN LEEUWEN et M. Ludo VAN BOGAERT	630
Atrophie optique et ischémie, par M. FRITZ.....	630
Dégénérescence du faisceau papillomaculaire. Lésions spontanées fréquentes chez les singes, par M. H.-J. SCHERER.....	631
Sur l'atrophie papillaire bilatérale des singes (forme optique de la leuco-encéphalose périvasculaire confluyente, par M. Ludo VAN BOGAERT.....	631
Les déterminations optiques de l'anémie pernicieuse, par M. Ludo VAN BOGAERT	631

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

<i>Séance du jeudi 1^{er} juin 1939</i>	112
<i>Séance du jeudi 6 juillet 1939</i>	267

Société de Neuro-psychopathologie infantile

<i>Séance du lundi 22 mai 1939</i>	114
<i>Séance du jeudi 29 juin 1939</i>	270

Société de Médecine mentale de Belgique

<i>Séance du samedi 20 mai 1939</i>	116
<i>Séance du samedi 28 octobre 1939</i>	539

Société belge de Neurologie

<i>Séance du samedi 20 mai 1939</i>	117
<i>Séance du samedi 28 octobre 1939</i>	540
<i>Séance du samedi 25 novembre 1939</i>	627

Société royale de Médecine mentale de Belgique et Société belge de Neurologie

<i>Séance du samedi 24 juin 1939</i>	271
--	-----

VARIÉTÉS

	Pages
Académie de Médecine.....	156
— — Prix décernés en 1939	650
Assistance : Conseil supérieur de l'Assistance publique	153, 364
— Organisation d'un service de l'Assistance psychiatrique en Afrique occidentale française	153
Hôpitaux psychiatriques : Nécrologie	148, 459
— — Nominations	148, 363, 459, 551
— — Postes vacants	149, 459, 551
— — Concours pour 15 postes de Médecin-chef ...	149
— — Comité des amis et des élèves du Dr G. de Clé- rambault	150
— — Construction d'un hôpital psychiatrique dans la Vienne	150
— — Honorariat	363
— — Association amicale	363
— — Légion d'Honneur	459, 550
— — Nominations d'un neuro-psychiatre des Hôpi- taux maritimes	460
— — Croix de Guerre 1939	551
— — Distinctions honorifiques	551
Hygiène et Prophylaxie : Etablissement d'un « Carnet de Santé »	151
— — Comité européen d'Hygiène mentale	152
— — Comité de la Fédération latine des Sociétés d'Eugénique	152
— — Fondation pour l'avancement dans la recherche de l'encéphalite à l'Université de Berne	153
— — Lutte contre l'alcoolisme. Vœu émis par l'Aca- démie de Médecine	363
— — Le barbiturisme aux Etats-Unis	460
— — Prophylaxie des maladies vénériennes	646
— — Prescription des toxiques	649
Législation : Décret du 11 septembre 1939 relatif à l'exercice de la pro- fession médicale en temps de guerre	554
Nécrologie :	364, 460
— J. Séglas (1856-1939)	556
— Henri Codet (1889-1939)	651
Réunions et Congrès : Journées neuro-psychiatriques pan-américaines..	151
— Société suisse de Psychiatrie	460, 552
Royal Society of Medicine of London	651
Service de santé militaire : Censure technique des travaux effectués par les officiers du Service de Santé	552
— — — Prophylaxie de l'alcoolisme	552
Société Médico-Psychologique : Séances	148, 362, 458, 550, 645
— — Prix	148
— — Légion d'Honneur	362
— — Activité pendant la guerre	458
— — Nécrologie	458, 550, 645
Université de Paris : Faculté de Médecine	460, 555
— de Montréal : Faculté de Médecine	651
— de Budapest : Nécrologie	651

TABLE ANALYTIQUE DES MATIÈRES ⁽¹⁾

A

- Actualité et troubles psychopathiques** (J. Vié), 621.
- Addison (maladie d') fruste ; taches calcifiées d'une surrénale** (H. PAILLARD, M.-H. PAILLARD et D. VILLAIN), 355.
- Affaiblissement (syndrome d') chez un buveur ancien syphilitique et paludéen** (J. DUBLINEAU et H. DUCHÊNE), 62.
- Affective (pensée) et psychopathologie** (J. BURSTIN), 382, 495, 557.
- Alcool (dosage de l') dans le sang et l'urine** (DELAVILLE et CH. SIMON), 337.
- Alcooliques (la Vitamine C chez les)** (H. WORTIS, S. B. WORTIS et F. I. MAÏSH), 356.
- Alcoolisme (traitement de l') expérimental** (E. CARRATALA), 356.
- Algies sympathiques** (J. TINEL), 638.
- Aliénés. La surveillance des maisons aux XVII^e et XVIII^e siècles** (P. SÉRIEUX), 119.
- Ambosexuelles (les hormones)** (Ch. CHAMPY), 342.
- Anémie (l') aiguë post-hémorragique** (P. LAGÈZE), 330.
- (un cas d') secondaire (J. ROMANO et J. W. EVANS), 441.
- Anémie pernicieuse (action de la Vitamine B dans l')** (J.-C. MUSSIO-FOURNIER et F. RAWAK), 450.
- — — Déterminations optiques (L. van BOGAERT), 631.
- Anévrysme (deux cas d') artério-veineux intracrâniens** (THIÉBAUD et RAYNAUD), 112.
- Anorexie mentale (l') trouble instinctivo-affectif** (J. CARRIER), 288.
- — — (défense de l') (N. PÉRON), 310.
- Anormaux (les enfants et les jeunes gens)** (P. NOBÉCOURT et L. BABONNEIX), 547.
- Antisepsie (l') interne des maladies microbiennes** (E. FOURNEAU), 145.
- Antisociales (facteurs biologiques et sociologiques dans les réactions) des mineurs** (C. de ARENAZA), 452.
- Apoplexie (l') hypertensive et ses causes** (W. H. CHASE), 319.
- Apraxie (observation anatomo-clinique d')** (V. DIMITRI et M. VICTORIA), 333.
- et agraphie. Séméiologie (Marcos VICTORIA), 643.
- Arriérés (ce que l'Etat de Massachusetts fait pour ses)** (N. A. DAYTON), 349.
- — — Leur mise en liberté et ses conséquences (L. KANNER), 350.
- Assistance (l') des maladies mentales** (U. PERNAMBUGANO), 349.
- aux aliénés en Algérie depuis le XIX^e siècle (M. DESHUELLES et H. BERSOT), 578.
- Asthénie (ennui et). Ennui et concupiscences** (R. BENON), 224.
- Asthme (l'). La personnalité allergique** (E. WITTKOWER), 124.
- Asymbolie tactile** (J. DELAY), 643.
- Ataxie (hérédo-) cérébelleuse avec évolution myoclonique** (GALLEMAERTS, KLEINTJENS et GLOETENS), 117.
- — — cérébelleuse et maladie de Friedreich (A. VALENTE), 324.
- Athétose (corrélations de l') de la catatonie et de l'hypoglycémie** (K. GYARFAS), 335.
- (les cas d') et l'encéphalographie (T. J. PUTNAM et Th. J. C. von STORCH), 442.
- Automatisme et hypertonicité de nature psychomotrice** (J. EUZÈRE, E. FASSIO et R. LAFON), 575.
- Azoman (l') dans le traitement de la schizophrénie** (H. HOVEN), 272.
- Avitalisation de la réalité** (F. GORRI-RI), 310.

(1) Les chiffres en caractères gras renvoient aux MÉMOIRES ORIGINAUX et AUX COMMUNICATIONS à la Société Médico-Psychologique.

B

- Barbiturisme chronique d'usage ; barbiturisme aigu d'hôpital** (LAIGNEL-LAVASTINE et G. d'HEUCQUEVILLE), 301.
- (le) aigu. Son pronostic, sa thérapeutique et sa prophylaxie (G. CARMIERE et Cl. HURIEZ), 301.
- Bégalement** (le) (HEUYER), 124.
- Biotypologie féminine** (M. GOMES), 447.
- Bleuler** (hommage à la mémoire du professeur) (B. MINKOWSKI), 420.
- Bromurée** (intoxication). Aspects neuro-psychiatriques (Henry TON et HARRY STALKER), 640.
- Bromures** (psychoses dues aux) (FRANK J. CURRAN), 640.

C

- Cacogeusie** (H. HARPER), 125.
- Caractère** (troubles du) observés chez les buveurs (J. DUBLINEAU et H. DUCHÊNE), 89.
- Caractériels** (troubles) chez un schizoïde (H. CLAUDE, Ch. DURAND, L. VIDARD et G. DESHAIES), 253.
- Cardiazol** (action du) (W. STRYJENSKI et J. DRETTER), 37.
- (l'électrocardiogramme au cours du traitement par le) (J. LANKOSZ et H. WEBER), 449.
- et lésions cérébrales (M. LEROY), 539.
- Cardiazoliques** (crises convulsives). Variations de la formule leucocytaire (BARGUES et BERTHON), 337.
- Cataplectiques** (accès) sous-corticaux (J. ROTHFELD), 320.
- Catatonie** à évolution périodique. Troubles des fonctions somatiques et leur compensation (R. GJESSING), 642.
- Céphalée chronique** (P.-A. DRAPER), 125.
- migraineuse et action du tartrate d'ergotamine (J.-R. GRAHAM et H.-J. WOLFF), 353.
- Cérébelleux** (cortex). Atrophie parenchymateuse (A.-J. ARELAITES), 130.
- (tumeur de l'angle ponto-) (M. GUEVARA OROPESA), 323.
- (ataxie) après coqueluche (E. KOKKEN), 540.
- Cérébral** (état marbré du cortex) (R.-M. NORMAN), 332.
- Cerveau** (calcifications de la faux du) : syndromes céphalgique et psychonevrotique (J.-A. CHAVANY et J. BRUNNES), 125.
- , Activité électrique (H. DAVIS), 334.

- Charbon colloïdal** (la réaction du) dans le liquide céphalo-rachidien (A. ORTEGA IRAGORRI), 341.
- Chirurgicale** (affection) de la fosse postérieure (R. CARRILLO), 322.
- Choc** (traitement de) par le métrazol (A.-A. LOW, I.-R. SONENTHAL, M.-F. BLAUROCH, M. KAPLAN et I. SHERMAN), 142.
- Chorée** (traitement de la) (J. COMBY), 357.
- Chorée de Huntington** (L. MINSKI et GUTTMANN), 129.
- et méningo-encéphalite syphilitique (T.-T. STONE et E.-I. FALSTEIN), 327.
- Chorée de Sydenham** (autohémothérapie sous-occipitale dans la) (Z. ESMERALDO), 357.
- , Troubles mentaux (D. SHASKAN), 442.
- (Mlle CALLEWAERT), 541.
- Chronaxie** (la) vestibulaire modifiée par l'alcool chez les alcooliques (NIEMIOWICZ-SZCZYTT), 338.
- Comportements fondamentaux** dans les affections mentales (René SUTTEL), 632.
- Compréhension** (comprendre et) mutuelle (G. BALLY), 278.
- (la) mutuelle. Bases biologiques (KRETSCHMER), 279.
- (la) mutuelle. Fondement biologique (J. VIÉ), 279.
- (la) mutuelle. Les bases psychologiques (A. LEY), 280.
- (la) mutuelle des types psychologiques polarisés (HATTINGBERG), 281.
- (la) mutuelle. Nature et caractère essentiels (E. MINKOWSKI), 282.
- (la) mutuelle. Les obstacles (Ed. CLAPARÈDE), 283.
- (la) mutuelle primitive et moderne (E. MILLER), 283.
- (la) mutuelle. Éducation (H. MENG), 284.
- mutuelle entre groupes humains et entre peuples (HARGREAVES), 285.
- mutuelle. Vie économique (J. BILLSTROM), 285.
- mutuelle et religion (KIELHOLZ), 286.
- mutuelle et vie familiale (W. MORGENTHAU), 286.
- Confusion récidivante** chez un buveur interné (J. DUBLINEAU et H. DUCHÊNE), 59.
- Confusionnel** (étiologie du syndrome) (D.-N. PARFITT), 302.
- (syndrome). Anémie pernicleuse (A.-P. QUARANTA), 302.
- Confusionnelles** (les psychoses) de désintoxication (ZIELINSKI), 302.

Convulsifs (états). Action du bleu de méthylène intraveineux (L. KAJDI et Ch.-V. TAYLOR), 353.

Convulsive (crise) épileptique. Essai de pathogénie (O.-R. BORN), 291.

Crénio-céphaliques (les syndromes aigus). Étude de la régulation nerveuse du sang (J.-V. BERNALDES C.), 338.

Criminelle (la novicité) (A.-J. MOLINARIO), 454.

Criminogène (un facteur). Cinématographe et Criminalité (J.-A. ALFONSI), 452.

Criminologie (aspects modernes de la) (C. PRUNES), 454.

Criminologique (profil) de la paralysie générale (A. BARBEAU et P. LECAVALLIER), 453.

Curabilité (facteurs de) dans certains troubles mentaux des buveurs (J. DUBLINIAU et H. DUCHÈNE), 94.

Cure (appréciation des résultats de la) de Sakel (P. COSSA et BOUGEANT), 249.

Cushing (syndrome de) (H. WEISSMANN-NEITER), 343 ; —, Troubles mentaux (W.-S. MACLAY et A.-B. STOKES), 343.

D

Débilité mentale cause de délinquance infantile et juvénile (FI. STEFANESCU-GOANGA), 644.

Dégoût (psychose de) conjugal avec réaction infanticide (J. DEVALLET et P. SHERNER), 80.

« Déjà-vu » (le phénomène du) (H. TORR), 440.

Délinquance (psychodiagnostic de Rorschach et) (J. ENDARA), 361.

— (la) féminine au Chili (G.-A. CORREA), 361.

— (la) infantile et juvénile cause de débilité mentale (V. FONTÈS), 451 ; (P. VERVAECK), 452.

Délire (au sujet du) (E. GELMA), 297.

— interprétatif et imaginaire à début onéirosthésique (LAIGNEL-LAVASTINE et H. MIGNOT), 428.

Délires (antagonisme du bien et du mal dans les) (André SOULAIAC et René SUTTE), 13.

— (pathogénie des) secondaires des paralytiques généraux (G. MUGLIA), 303.

— (quelques terminaisons des) chroniques (J. VIÉ), 461.

Démence précoce et chorée dégénérative de Huntington (A. NICOTRA), 306.

— (traitement non spécifique dans la) (C.-O. CHENEY et P.-H. DREWRY), 448.

Démences (étude des) chez l'enfant (L. BOVET), 315.

Dentaire (résistance) et facteur racial (J. de CASTRO et I. SILVA), 345.

Dépressifs (les états) de l'âge avancé (V. STRYJENSKI), 441.

Dépression (la) psychique (BORNSTEIN), 311.

Distraction et inattention chez l'enfant (G. ROBIN), 138.

Dynamique (organicité) (H. FLOURNOY), 123.

Dystrophie adiposo-génitale (L. CONN), 344.

E

Electro-encéphalogramme (l') dans un cas de mutisme et de surdité hystériques (PAULIAN, TUDOR et CONSTANTINESCO), 113.

Embryologie du système nerveux (A. BARRE), 542.

Emotion (modifications biochimiques du sang dans l') (M.-A. TCHARISSOW, N.-M. WOLFSON et D.-N. ARUTJUNOW), 338.

Emotionnel (le facteur) dans les maladies de la peau (E. TRANGOTT-BERNSTEIN), 125.

Encéphale (morphologie et structure de l') dans la cyclopie (J. ARANOVICH), 332.

Encéphalite (pathogénèse de l') accompagnant la vaccination, la variole et la rougeole (K.-H. FINLEY), 135.

— de la scarlatine. Ophthalmoplégie transitoire (Ch. SARROUY), 640.

— boutonneuse (Robert POINSON), 641.

Encéphalite épidémique. Troubles du caractère (VERMEYLEN), 114.

— à l'âge scolaire. Troubles psychiques (HEUYER), 115.

— chronique. Etudes catamnétiques (H. NAEGLI), 135.

Encéphalites (diagnostic des) pseudotumorales (H. ROGER, M. ARNAUD et J.-L. PAILLAS), 320.

Encéphalogramme (électro-) de l'homme normal (BAUDOUIN, H. FISCHGOLD et J. LERIQUE), 126.

— (l') dans les convulsions produites par le cardiazol (L.-C. COOK et W. GREY WALTER), 449.

Encéphalographie (l') dans la maladie de Pick (L. FROMENTY), 64.

— (électro-) clinique (J. GOLSE), 126.

— (l') gazeuse par voie lombaire (J. GLAICHENHAUS), 545.

Epilepsie (dystryhmies cérébrales de l') (F.-A. GIBBS, E.-I. GIBBS et W.-G. LENNON), 127.

— essentielle avec épilepsie partielle et catalepsie (E. GARFAS), 127.

— (fonctions corticales dans l') et troubles associés (H.-H. JASPER et I.-C. NICHOLS), 127.

— (nature neuro-humorale de l') (N.-I. PROPPER), 128.

— cardiaque (P. HALBRAN), 128.

— parasitaire (Ph. PAGNIEZ et A. PLICHET), 128.

— et maladie de Little (Biro), 129.

— (correctifs des barbituriques dans le traitement de l') (S. FINGERHUT), 294.

— choréique familiale avec démenée (L. BENEDICK), 309.

— (Léonard de Vinci et l') (A. EYLAVERCHOW), 310.

— (connaissance expérimentale de l') (E. FULCHIGNONI), 336.

— (la réaction de Donaggio dans l') (P. JEDLOWSKI), 337.

— essentielle. Etiologie générale (L. BABONNEIN), 442.

— essentielle. Variations du magnésium et du potassium (D. HIRSCHFELDER et V.-G. HAURY), 446.

— Hérité (J.-A. CHAVANY), 639.

— (diagnostic de l'). Test du eardiazol (J.-O. TRELLES et H. MORANTE FEBRES), 639.

Epilepsies (traitement de certaines) (Mlle SERIN), 353.

Epileptiques (étude électroencéphalographique des) (Ph. PAGNIEZ, W. LIBERSON et A. PLICHET), 126.

— (le test de Rorschach chez les) (J.-C. CAVALCANTI-BORGES), 307.

Epiphysaire (le complexe épithalamo-) (G. ROUSSY et M. MOSINGER), 344.

Epithélium utérin chez une déséquilibrée maniaque ayant eu la syphilis (H. DAMAYE et B. POIRIER), 134.

Erotomanie (définition de l') (J. FRETET), 517.

— (un diagnostic d') pure (J. FRETET et H. DUCHÊNE), 524.

— de type passionnel pur. Régression pragmatique (J. VIÉ et P. RAUCOULES), 531.

Etablissement (construction d'un) psychiatrique à Eupeu (DOM, CLOQUET et BERTHOLET), 350.

Exode (l') en France des réfugiés espagnols. Les problèmes sanitaires (CAVAILLON et LECLAINCHE), 351.

Extase (états d') et désordres affectifs (E.-W. ANDERSON), 314.

Extirpation (la technique opératoire de l') du ganglion stellaire (G. ROBLES), 356.

F

Folliculine et troubles mentaux (H. BARUK), 448.

Folliculinothérapie (opothérapie lutéinique et) massive (Gilbert-DREYFUS), 356.

Freud (l'œuvre de S.) (H. CODET), 424.

Friedreich (maladie de). Combinaison d'une atrophie de Charcot-Marie (L. VAN BOGAERT et MOREAU), 118.

Fugues à répétition post-émotionnelles d'allure cyclotymique atypique (R. DUPOUY et Mlle S. BARRET), 55.

G

Gerdy (Discours de) à la Société Médico-Psychologique (LAIGNEL-LAVASTINE), 419.

Gliome du pont (MAGE), 117.

Glucides (les) du système nerveux central. La cure insulínique (A. MASAZA), 336.

Glycémie (la) et la chlorémie chez les schizophrènes (M. GROSS et G. GROSSMAY), 446.

Grévistes (les psychoses des) (M. LECONTE et Mme S. LECONTE), 312.

Grossesse (étude de l'aptitude à la) pratiquée à la polyclinique neuro-psychiatrique de Zurich (A. ZOLLNER), 347.

Guerre (influence des événements de) sur les psychopathies (P. CHATAGNON et Mlle S. JOUANNIS), 610.

— (événements de) et troubles mentaux (H. BEAUDOUIN), 618.

— et révolution. Psychiatrie et neurologie (Gonzalo R. LAFORA), 637.

Guillain-Barré (syndrome de) (RADERMECKER), 341.

H

Hallucinations (pseudo-) dans un syndrome encéphalitique. Obsession et délire (J. VIÉ et P. RAUCOULES), 236.

— (problème des) (A. ROMERO), 298.

— (nature des) (S. BLACHOWSKI), 298.

— (considérations méthodologiques sur les) (J. DRETHER), 298.

— et psychologie (J. NELKEN), 299.

— (à propos du mécanisme des) (V. ARROYO), 299.

— (rééidive d') après une hémorragie (CL. VURPAS et G. FABRE), 300.

— (les) au XI^e Congrès International de Psychologie (M. GOZZANO), 300.

— (problème des) (J. ROSANOFF), 300.

- mesencéphaliques et troubles psychosensoriels (H. EY et M. RANCOULE), 301.
- Hallucinatoires (troubles mentaux) chez deux tabétiques (G. HEUYER et NEVEU), 246.
- Hématomes (des) sous-duraux (RISER, DUCUNG et GÉRAUX), 319.
- Hémianopsie double et cécité corticale (F. TERRIEN), 328.
- Hémidécortication (l') chez les animaux (A.-E. WALKER et J.-F. FULTON), 444.
- Hémiplégie (traitements psychothérapeutiques de l') (J.-A. CHAVANY), 450.
- Hémorragie ventriculaire primitive (A. GORDON), 443.
- Hémorragies (le diagnostic des) méningées (L. RIMBAUD et H. SERRE), 131.
- subarachnoïdiennes spontanées (I. STRAUSS et S. TARACHOW), 319.
- Hermaphrodisme (pseudo-), adiposité, polyurie et hyperglycémie (R.-M. STEWART), 332.
- Hippocratismes (D'Hippocrate au néo-) (J. LASSERRE), 448.
- Histopathologiques (recherches) en médecine et en biologie (J. BABLET), 330.
- Hôpital (l') Henri-Rousselle, centre de prophylaxie mentale (Th. SIMON), 350.
- Hormone (l') dite mâle chez la femme (M. PERRAUD), 450.
- Humoraux (troubles). Etats maniaques mélancoliques et anxieux (P. LEONARDON), 292.
- Hydrocéphalie tolérée pendant 30 ans. Décompression et évolution fatale (J.-A. CHAVANY), 638.
- Hydrothérapie (l') dans le délirium tremens (R.-M. BELL et P.-C. TALKINGTON), 449.
- Hygiène mentale (les tâches immédiates de l') en Europe (H.-W. MAIER), 287.
- (influence de la Presse sur l') (S. RAMIREZ-MORENO), 347.
- professionnelle (Alexandru ROSCA), 644.
- Hyperfolliculaire (syndromes psychiques et infundibulaire par) (M. HAMBURGER et R. COURTIN), 342.
- Hyperinsulinisme (l') expérimental (A. WEIL, E. LIEBERT et G. HEILBRUNN), 332.
- Hyperostose frontale interne avec troubles mentaux (P. DELMAS-MARSALET), 134.
- Hypertension (l') crânienne chez les hypertendus artériels (RISER, J. PLANQUES et P. BARBIER), 132.
- (signe ophtalmoscopique d') endocrinienne (J. PEREYRA KÄFER), 444.
- Hyperthermie (applications de l') provoquée par moyens physiques (A. BESSEMAN), 146.
- Hypnose (le facteur psychanalytique dans l') (N. SPEYER et B. STOKIVIS), 140.
- Hypoglycémie. Etudes neurologiques et neuropathologiques (F.-P. MOERSH et J.-W. KERNOHAN), 335.
- Hypophyse (anorexie mentale et) (Ph. PAGNIEZ), 343.
- (la roentgenthérapie fonctionnelle de l') (L. DELHERM et FISCHGOLD), 450.
- Hypothalamiques (poikilothermie avec lésions) (Ch. DAVISON et E.-D. FRIEDMAN), 320.
- Eypothalamus (connexions descendantes de l') (H.-W. MAGOUN, S.-W. RANSON et A. HETHERINGTON), 445.
- (psychisme de l') (Nathalie ZAND), 643.
- Hystérie (le problème de l') chez l'enfant (Mme S. MORGENSTERN), 314.
- (un cas banal d') (H. CODET), 123.
- Hystérique (analgésie). Etude expérimentale (R. NYSSSEN et R. BUSCHAEERT), 273.
- (anesthésie) (J. TITECA), 273.

I

- Identification criminelle (J.-J. BERENGUER), 456.
- Idiotie (l') amaurotique juvénile. Etude de sa sémiologie extra-pyramidale (M. DIDE et L. van BOGAERT), 135.
- (sur l') amaurotique juvénile (G. MARINESCO), 136.
- Immortalité (sens de l') (G. ZILBOORG), 140.
- Immunité (l') et le système nerveux (K. SEDLACEK), 333.
- Impaludation (l') et Stovarsol. Disparition du signe d'Argyll-Robertson (S. de SÈZE, I. LIPCHUTZ et J. SÉRANE), 357.
- Inconsciente (impulsion) chez un épileptofide (P.-A. LINAS), 453.
- Index (l') d'Ayala (N. SAVITSKY et M.-M. KESSLER), 340.
- Infectieuses (le traitement des maladies) chroniques (H.-F. FENTON), 354.
- Insuline (l') dans le traitement de la manie aiguë (L.-C. GNOSH), 354.
- Isotopes (les) en psychiatrie. Etude des troubles des constituants tissulaires en psychiatrie (P. CHATAGNON et Mlle C. CHATAGNON), 537.

J

Jalousie (érotomanie et) (D. LAGACHE), 297.

K

Kleptomanie (un cas de) (S. SOLANO), 454.

L

Laurence Moon-Bardet (syndrome de) (DELMAS-MARSALET, BERGOUIGNAN, BESIÈRE et LAFON), 137.

Locus niger (cellules pigmentées du) chez le singe (H.-J. SCHERER), 118.

Loi (la) de 1838. Son projet de Révision (G. HEUYER), 479.

— (la) Rouston (J. LAUZIER), 351.

— (la) des aliénés en Uruguay (J. MAS de AVILA), 352.

M

Maigreur (la) constitutionnelle (L. CORNIL et M. SCHACHTER-NANCY), 345.

Main (la fonction sociologique de la) humaine et de la main animale (G. RÉVÉSZ), 137.

Malariathérapie (emploi de la) dans le traitement de la neuro-syphilis (M.-F. BOYD, W.-K. STRATMAN-THOMAS, S.-F. KITCHEN et W.-H. KUPPER), 358.

Manganèse (intoxication par le) (A. FEIL), 348.

Mémoire (anomalies de la) chez les schizophrènes (F. FIGARI DIEZ CANSOCO), 143.

Méningés (soileil et accidents cérébro-) chez les enfants (R. LIGÈRE), 131.

Méningite (la) dans les manifestations nerveuses des brucelloses (V. de LAVERGNE et H. ACCOYER), 327.

Méningites (les formes mentales des) syphilitiques aiguës (A. DONNADIEU), 140.

— (les) séreuses (MOLHANT), 327.

Méningo-encéphalite toxique par inhalation des carbures (Samuel RAMIREZ MORENO et Carlos PAVON A.), 641.

Mentales (maladies). Etudes anatomobiologiques (L. MARCHAND), 435.

Mentisme (le syndrome du) (K.-A. SKVORZOV), 296.

Métabolisme (rôle de la Vitamine C dans le) du tissu nerveux (H. WORTIS, S.-B. WORTIS et F.-I. MARSH), 334.

Migraine (traitement de la) par les injections de cardiazol (A. LEROY), 272.

Miracle (le) Grec (R. de SAUSSURE), 634.

Moelle (sections totales et subtotaux de la) dorsale (J. LHERMITTE et SIGWALD), 267.

Morbides (associations) observées dans le passé des huveurs internés (J. DUBLINEAU et H. DUCHÈNE), 97.

Myélopathies et radiculites à forme gastro-intestinale (M. FAURE-BEAULIEU et G. KOHN-ENRIQUEZ), 326.

Myoclonies vélo-palatines. Lésions cé-cébelleuses droites avec hypertrophie des cellules nerveuses (J. NICOLLESCO, O. SAGER et Th. HORNET), 323.

Myopathies (considérations générales sur les). Myasthénie grave (L.-D. ESPEJO), 326.

Myosite (évolution fatale de la dermatite-) avec sclérodermie (Mme RADERMECKER), 541.

Myotonie familiale au froid (J. RADERMECKER), 272.

— congénitale d'Oppenheim (CHRISTOPHE), 274.

N

Néoplasies méningées (W.-E. MAFFEI), 333.

Néoplasme intracranien et neuro-syphilis (Paulo PINTO PUPO), 642.

Nerfs (la pathologie traumatique des) (J. SOUBIRAN), 294.

Neurologie (accidents et). Le traitement et l'expertise (PATHAULT), 359.

Neurologiques (études) (G. GUILLAIN), 438.

Névrose (la structure psychologique de la) (T. BILIKIEWICZ), 141.

Nicolas-Favre (maladie de). Complications nerveuses (LÉVY-VALENSI et S. de SÈZE), 330.

O

Oculaires (les troubles) des encéphalopathies infantiles (FONT LAPALISSE), 291.

Onanisme infantile (A. GAREISO et A.-J. PETRE), 315.

Optique (atrophie). Neuropathologie (H. COPPEZ), 629.

— (atrophie simple du nerf) (VANDERHOVE), 629.

— (atrophie) dans les tumeurs juxta-hypophysaires (P. MARTIN), 630.

- (atrophie) familiale compliquée de Behr (Mme André van LEEUWEN et Ludo van BOGAERT), 630.
- (atrophie) et ischémie (FRITZ), 630.
- Optiques (les révrites) d'origine sinusienne (M. TEULIÈRE), 444.
- Orientation (l') scolaire et post-scolaire des épileptiques (L. MICHAUX), 270.
- (office d') professionnelle de Transylvanie (T. ARGAN), 317.
- (examen médical en) professionnelle (MAZEL et NAUSSAC), 347.
- Ostéomalacie de l'âge mûr chez une oligophrene (P. CHATAGNON, Mlle C. CHATAGNON et P. GÉRAUD), 260.

P

- Paget (maladie de). Symptômes neurologiques (T. de LEHORZTY), 113.
- Paludisme (le) doit-il être déclaré comme maladie professionnelle ? (J. TORRES TORRAL), 457.
- Papillaire (atrophie) bilatérale des singes (H.-J. SCHERER), 631.
- Papillomaculaire (dégénérescence du faisceau) (H.-J. SCHERER), 631.
- Paralyse (double) radicale chez un paralytique général après malarithérapie (M. CAHANE et T. CAHANE), 133.
- infantile (L. BABONNEIX), 324.
- (la) faciale (J.-A. CHAVANY), 328.
- de Lissauer (P. DIVRY), 539.
- Paralyse générale (atrophies musculaires apparaissant au cours de la) (J. LUCENA et A. COUCIERO), 133.
- et malaria endémique (V. DESOUS), 132.
- (la constitution humaine et la) progressive (PAULIAN et CANTAGUÈNE), 304.
- Paralysies (monoplégies et) de type périphérique (O. CROUZON et J. CHRISTOPHE), 328.
- Paranoïdes (la surdité comme cause de réactions) (M.-E. TORGES), 305.
- Parkinsonisme traumatique (V. DIMITRI et F.-M. CIA), 443.
- Parotidite (la) épidémique. Méningite parotidique latente (K.-H. FUHRMANN), 132.
- Passionnels (psychopathologie des états) (E. MIRA), 304.
- Pathologie (étude clinique d'une) (DELMAS-MARSALET, BERGOUGNAN et LAFON), 313.
- Pédagogie générale : Les changements de clavier (P. CHAVIGNY), 457.
- Pensée affective et psychopathologie (J. BURSTIN), 382, 495, 557.
- Périartérite noueuse : examen spécial du système nerveux (J.-W. KERNOHAN et H.-W. WOLTMAN), 318.
- Personnalité (étude de la) du délinquant (L. VERVAECK), 360.
- (modification de la) dans les opérations sur les lobes frontaux (G. RYLANDER), 437.
- (épanouissement de la) (A.-H. KAMMAT), 544.
- Perversion des instincts et du caractère, conséquence d'une encéphalite. Homicide (Anibal SILVEIRA et Luiz PINTO de TOLEDO), 641.
- Phénomènes (réflexes et) d'apprentissage chez les animaux (G. de MONTPELLIER), 318.
- Plasma (le) des schizophrènes (S. SCHRIJVER-HERTZBERGER), 339.
- Phénylpyruvique (l'excrétion urinaire d'acide) chez certains oligophrènes (R. NYSSSEN), 540.
- Poliomyélite (action du chlorate de potasse sur la) (Ch. CONTAT, M. ARTHUS, C. SPYCHER et F. DEBAT), 145.
- (la restauration musculaire dans la) antérieure (LE ROY et A. LUCE), 324.
- Poliomyélitique (syndrome parkinsonien et) (ALAJOUANINE et MIGNOT), 269.
- Polyglobulie (hémiparésie consécutive à une) (MOREAU), 541.
- Polynévrite alcoolique avec maux perforants. Syndrome pseudo-bulbaire (L. MARCHAND et R. DUPOUY), 47.
- toxique provoquée par l'uliron (A. LEROY), 271.
- Polynévritique (syndrome) de Korsakoff (P. GUIRAUD, Mlle M. MICUCCI et M.-G. OUDOT), 243.
- Polyradiculonévrite avec dissociation albumino-cytologique (J. de AJURIA-GUERRA et H. DIMO), 133.
- Potassium (nouvelles applications thérapeutiques du) (A. RAVINA), 146.
- Prépsychosique (la personnalité) des déprimés avec agitation (W.-B. TITLEY), 311.
- Préséniles (psychoses). Maladie de Pick (Charles DAVISON), 130.
- Primitivisme (le) des indigènes nord-africains (A. POROT et J. SUTTER), 440.
- Prophylaxie (la) criminelle (L. VERVAECK), 345.
- Prostigmie (myasthénie améliorée par la) (LAIGNEL-LAVASTINE, H.-M. GALLOT et L. PHILIPPE), 267.
- Protection (une loi de) pour malades internés (E.-B. NUÑEZ), 457.
- (la) sociale de l'enfance en France (F. BOURGUIN), 549.
- Psychanalyse (un philosophe en face de la) (H. LE SAVOUREUX), 139.

— (la peine d'après la) (M. RIVERA-SILVA), 455.

Psychasthénie (la) par Tristan Bernard (J. LAFON), 311.

Psychiatrie (la) en médecine générale (W. OVERHOLSER), 296.

— (le complexe somato-psychique en) (H. CRICHTON-MILLER), 303.

— (les recherches étiologiques en) (H. BARUK), 303.

— (précis de) (LÉVY-VALENSI), 436.

— (la) dans les Ecoles de Droit (F. LAVALLE), 455.

Psychiatrique (étude) de l'assassin du professeur Oscar Fontecilla (J. VIDAL OLTRA, V. QUIROGA ARENAS et W.-L. MOREIRA), 453.

Psychiques (hérédité morbide et affections neuro-) (P. VALDENNAIRE), 543.

Psychologie (la), science biologique (H. PIÉRON), 316.

— (le domaine de la) appliquée (N. MARGINEANU), 316.

— (trois âmes et la) moderne (A. NICEFORO), 455.

— (nouveau traité de) (Georges DUMAS), 633.

Psychose cardiaque : complication cérébrale d'un rétrécissement mitral grave (SCHERRER et DEVALLET), 73.

— réactive guérie par la méthode de von Meduna (Pedro J. NISIBAR), 141.

Psychoses (traitement des) par le pentaméthylentétrazol (E.-F. DOMBROWSKI et J.-V. EDLIN), 142.

— (hormone folliculaire et) (R. STORRA), 293.

— parmi les disciples de Father Divine (BENDER et Z. YARRELI), 305.

— (délire de négation et) réactionnelles (G. FATTOVITCH et NICCOLAI), 312.

— de situation et de psychoses de réaction (E. ROXO), 312.

— endogènes chez l'enfant (B. FRENKIEL et M. MASLANKA), 441.

Psychosynthèse (la) (A.-J. KIEWIET), 139.

Psychotechnique (la) au service des chemins de fer, 318.

Puberté (Guy LAROCHE, M. BOIGEY, E. BOMPARD, etc.), 636.

Pupille (la) (P. BAILLIART), 329.

R

Rachidien (le sérum sanguin et le liquide céphalo-). Propriété catatogène (G. SOGLIANI), 339.

— (liquide céphalo-). Pouvoir excitant sur le cerveau. La cérébrostimuline de Popa (R. LERICHE et A. JUNG), 340.

— (examen biologique du liquide céphalo-) (DELAVILLE), 340.

— (le liquide céphalo-) dans les affections neurologiques et psychiques (S. HRYNIEWEZ et Mme V. SWIETKOWSKA), 446.

— (diminution de pression du liquide céphalo-) par le sérum lyophile (D. WRIGHT, D. BOND et J. HUGHES), 447.

Rationalisme (étude d'une forme délirante du) morbide (E.-G. AUSTR et R. AGORIO), 313.

— et géométrie morbides (DELMAS-MARSALET), 313.

Réadaptation (la) et ses limites (E. KAHN), 352.

Récidive (la) dans le droit pénal classique (H. BEKAERT), 456.

Recrutement (statut et mode de) des médecins psychiatres en Algérie, 351.

Régime (le) ectogène (GORTER), 116.

Responsabilité (la) sociale dans le Projet de nouveau Code pénal (P. MARCONDE), 455.

Rhumatisme (les troubles mentaux du) articulaire aigu (H. SAUGUET), 543.

Rigidité (le système nerveux central et son rôle dans la) décérébrée. Les connexions du noyau rouge (W.-J.-C. VERHAART), 331.

S

Sang (modifications du) pendant le traitement des troubles mentaux (S. MAURER, H.-O. WILES et C.-M. MERNBERG), 143.

Schizophrènes (taux sécrétoire chez les) (E.-I. STRONGIN et L.-E. HINSIE), 447.

Schizophrénie traumatique (G. de MORSIER), 1.

— (la) et autres psychoses par l'insuline et le cardiazol (P. TOMESCO, S. CONSTANTINESCO et J. CANTACUZÈNE), 405.

— (le cardiazol dans le traitement de la) (B. CARAVEDO), 141.

— (traitement de la) par le cardiazol (H. DELGADO), 142.

— (la « démence précoce » ou la) constituant-elles une maladie ? (H. BARUK), 306.

— (la) des narcoses prolongées (GUILIAROVSKI), 307.

— (traumatisme cérébral et) (E. FEUCHTWANGER et W. MAYER-GROSS), 308.

— (étude du langage dans la) (W.-L. WOODS), 308.

— (la symptomatologie épileptoïde dans la) (N.-L. GARKAVI), 309.

- (étude anatomopathologique de la) (Ch. JAKOB et E.-A. PEDACE), 331.
- (le traitement de la) par l'histamine et l'insuline (H. HILL), 354.
- (la thérapeutique insulinaire dans la) (G.-W.-B. JAMES, R. FREUDENBERG et A. TANDY CANNON), 354.
- (le cardiazol dans la) thérapeutique convulsivante (L.-C. COOK), 355.
- , « cyclophrénie » et « paraphrénie » (P. OSTANOW), 404.
- Schizophrénique** (psychose d'allure) chez les jeunes enfants (R.-A.-Q. LAY), 306.
- (le syndrome) au cours de diverses psychoses chez l'enfant (K. KANDARADSKAIA), 307.
- Schizophréniques** (traitement des états) par la méthode viennoise (M. LECONTE), 204.
- (confusion mentale et symptômes). L'intoxication hydrique (A. FAURBYE), 307.
- (états) associés à la catalepsie (E.-S. TAUBER, L.-G. LEWIS et O.-R. LANGWORTHY), 308.
- Solérose** (délire passionnel et) multiloculaire (AUBIN et A. BARRAUX), 304.
- Solérose en plaques aiguë**. Observation anatomo-clinique (RISER et J. GÉRAUD), 325.
- aiguë (RISER, J. GÉRAUD et S. LAVITRY), 325.
- chez l'enfant (L. RIMBAUD, RISER et GÉRAUD), 325.
- Sclérose tubéreuse** avec lésions rétinienne (Mme André van LEEUWEN et BUSSCHAERT), 629.
- Sensations extérieures** par rapport au corps et sensations subjectives (B. BOURDON), 137.
- Sensibilité viscérale** et système nerveux dans la pathologie digestive (G. BROHEE), 122.
- Sérum** (solutions concentrées de) humain « lyophile » (J. HUGHES, S. MUDD et E.-A. STRECKER), 451.
- Sexualité** (hygiène mentale de la) (L. CUSTODIO MUNOZ), 346.
- Shock** cardiazolique et catatonie (C. GUTIERREZ-NORIEGA), 142.
- Sociale** (enquête médico-) sur les jeunes chômeurs à Paris (Mlle SERIN et R. TARGOWLA), 348.
- Société Médico-Psychologique**. ÉLECTIONS : Membres correspondants nationaux : Mme LECONTE-LORSIGNOL, GÉRAUD, LONGUET, 598. — Membre associé étranger : URIBE CUALLA, 73. — Membre titulaire honoraire : MARCHAND, 598.
- , Décès du Docteur Lwoff, 418.
- , Rapport de la Commission des finances, 598.
- , Rapport du Secrétaire général, 599.
- , Prix, 600.
- , Election du bureau pour 1940, 600, 601.
- , Conseil d'administration, 602.
- , Commission des finances, 602.
- , Décès du Docteur Ségla, 602.
- Spasme labio-palato-laryngé** (J.-A. BARNÉ et Th. KAMMERER), 113.
- Spasmes vasculaires**. Traitement chirurgical (R. FONTAINE), 359.
- Steppage** (tabes polyarthropathique avec) (LAIGNEL-LAVASTINE, H.-M. GALLOT et L. PHILIPPE), 267.
- Stérilisation** (suites de la) chirurgicale de la femme (H. BINDER), 346.
- Strié** (corps). Angiomes caverneux (Ludo van BOGAERT), 113.
- Sulfamidé** (accident du traitement) (R. LEVENT), 144.
- Sulfamides** (les) en médecine infantile (L. BABONNEIX), 143.
- Sulfamidothérapie**. Posologie et conduite du traitement chez l'adulte (R. TIFFENEAU), 144.
- Sympathique** (rôle du système) dans la physio-pathologie de la douleur (A. SALMON), 121.
- Sympathologie clinique** (LAIGNEL-LAVASTINE), 120.
- Sympathothérapie** et signes cliniques du sympatho-diagnostic (H. ABOULKER), 122.
- Syphilis** (la) dans le déterminisme de la démence précoce (P. FAVERET et J. RONDEPIERRE), 305.
- héréditaire et maladie de Little (L. BABONNEIX), 324.
- nerveuse inapparente (Z. ESMERALDO), 341.
- , Traitement arséno-bismuthique (A. SÉZARY), 357.
- , encéphalique. Traitement par l'antitoxine tétanique (L.-B. ANSALDI), 358.
- , oculaire. Traitement par la pyrétrothérapie (FAVORY), 358.
- Syngomyélie cervicale** après blessure non suppurée du poignet (BARRÉ), 268.

T

- Tachycardie** (crise de) après intervention médullaire pour tumeur (P. COSSA), 112.
- Technique** (rôle de la) dans les progrès de la physiologie (P. COMBEMALE), 439.
- Tests** (examen des aliénés par les) de niveau mental (Th. SIMON), 315.
- Tétanie parathyroïdienne** (MAGE), 117.

Tétanies neurogènes (J. DECOURT et G. TARDIEU), 129.

Tétanos (la prophylaxie du) chez l'homme et chez les animaux domestiques (G. RAMON), 348.

— (nouvelles méthodes de lutte contre le) (G. RAMON), 358.

Thérapeutique (année) (A. RAVINA), 636.

Thyroïdien (le traitement) dans les troubles mentaux (W. SARGANT, R. FRASER et M.-A.-B. BRAZIER), 355.

Tics (les) (P.-R. BIZE), 124.

Tonus vago-sympathique et troubles vaso-moteurs chez les déments précoces (G. PISTRE), 289.

Torsion (dystonie musculaire de) (Ch. DAVISON et S.-Ph. GOODHART), 323.

Transformation (idées de) sexuelle et travestissement chez deux délirants chroniques (J. FORTINEAU, R. VERNIER, Charles DURAND et L. VIDART), 54.

Transfusion (accidents cérébraux de la) sanguine (J. LHERMITTE et CLIQUEU), 268.

Traumatismes craniens et troubles mentaux (T.-C. GRAVES), 314.

—, Lésions pulmonaires consécutives (P. DERVILLÉE), 642.

— (troubles de la conscience consécutifs aux) (E. GUTTMANN et C.-E. WINTERSTEIN), 314.

Trémophtobie (P. HARTENBERG), 311.

Trigémintomie (troubles après) temporale rétroganglionnaire (D. DERDING et E. JERLAND), 328.

Trophisme sexuel (Influence du diencéphale sur le) (J. CUATRECASAS, Th. Ocaña et N.-A. VITA), 134.

Tuberculose et psychopathies (M. BRENNIGAT), 290.

— du système nerveux (G. STROESCO et J.-A. LLOVERAS), 329.

Tumeur du corps calleux (J. LAFON et J. FAURE), 136.

— pulmonaire et cérébrale (V. DIMITRI et C. ALEM), 445.

Tumeurs malignes du troisième ventricule (F.-R. FOND et W. MUNCIE), 137.

— de la ligne médiane du cerveau (J.-L. HANON), 321.

— perlées du névraxe (Cl. VINCENT), 321.

— (pseudo-) cérébrales et manifestations oculaires (Th. de MARTEL et J. GUILLAUME), 321.

— médullaires (forme pseudo-myélique des) (CREYX, MASSIERE, PAULY et MORETTI), 326.

— nerveuses du cou (E. CURTILLET), 327.

— du tuberculum sellæ (R.-A. GRAFF), 443.

— (chirurgie des) cérébrales (P. BAILEY et L. ECTOR), 451.

Typologie (contribution à une) (L. RISER), 317.

V

Vaginisme mental (André BINET), 643.

Vasculaires (les troubles) dans l'évolution clinique des syndromes mentaux (P. CHATAGNON et Mlle S. JOUANNAIS), 605.

Végétatifs (névraxite dans les centres) de la moelle (M.-G. OLAECHEA), 325.

Vertiges. Etiologie (Robert PONSO), 639.

Vie (médecine et) familiale (J. BARBIER, A. ROCHAIX et J. OKINCZYK), 546.

Vieillesse (pathologie mentale de la) (P. COURBON), 296.

—, Physiopathologie. Maladies des vieillards (P. BASTAI et G.-C. DOGLIOTTI), 635.

Vision (les corrélations nerveuses de la) et leur signification dans la localisation des tumeurs cérébrales (Ch.-A. ELSBERG et H. SPATNITZ), 136.

Vitaminique C (l'acide) dans les psychoses alcooliques (L. ALEXANDER, M. PIJOAN, P.-G. SCHUBE et M. MOORE), 446.

Vocabulaire (le) scolaire et les associations opposées (A. GRANADA et PICH), 138.

Z

Zona. Pathogénie (A. SÉZARY), 445.

TABLE ALPHABÉTIQUE DES NOMS D'AUTEURS ⁽¹⁾

A

- ABÉLY (X.). *Discussion*, 102.
 ABOULKER (H.). Les signes cliniques du sympatho-diagnostic et de la sympathothérapie, 122.
 ACCOYER (H.). V. *Lavergne*.
 AGORIO (R.). V. *Austt*.
 AJURIAGUERRA (J. DE) et DIMO (H.). Polyradiationnévrite avec dissociation albumino-cytologique, 133.
 AKELAITIS (A.-J.). Atrophie parenchymateuse du cortex cérébelleux, 130.
 ALAJOUANINE et MIGNOT. Syndrome poliomyélitique et syndrome parkinsonien, 269.
 ALEM (C.). V. *Dimitri*.
 ALEXANDER (L.), PIJOAN (M.) et SCHUBE (P.-G.). L'acide vitaminique C dans les psychoses alcooliques, 446.
 ALFONSIN (J.-A.). Un facteur crimino-gène secondaire. Cinématographe et criminalité, 452.
 ANDERSON (E.-W.). Etats d'extase et désordres affectifs, 314.
 ANGLADE. *Discussion*, 71.
 ANSALDI (I.-B.). Traitement de la syphilis encéphalique par l'antitoxine tétanique, 358.
 ARANOVICH (J.). La morphologie et la structure de l'encéphale dans la cyclopie, 332.
 ARENAZA (C. DE). Facteurs biologiques et sociologiques dans les réactions antisociales des mineurs, 452.
 ARGAN (T.). Offices d'orientation professionnelle de Transylvanie, 317.
 ARNAUD (M.). V. *Roger*.
 ARROYO (V.). A propos du mécanisme des hallucinations, 299.
 ARTHUS (M.). V. *Contat*.
 ARUTJUNOW (D.-N.). V. *Tcharissow*.

- ASKENASY (H.). Les tumeurs perlées du névraxe, 321.
 AUBIN et BARRAUX (A.). Délire passionnel et sclérose multiloculaire, 304.
 AUSTR (E.-G.) et AGORIO (R.). Etude d'une forme délirante du rationalisme morbide, 313.
 AYALA (I. MAS DE). La loi des aliénés en Uruguay, 352.

B

- BABLET (J.). Recherches histopathologiques en médecine et en biologie, 330.
 BAEONNEIX (L.). Les sulfamides en médecine infantile, 143.
 —. Maladie de Little et syphilis héréditaire, 324.
 —. La paralysie infantile, 324.
 —. Etiologie générale de l'épilepsie essentielle, 442.
 —. V. *Nobécourt*.
 BAILEY (P.) et ECTON (L.). La chirurgie des tumeurs cérébrales, 451.
 BAILLIART (P.). La pupille, 329.
 BALLY (G.). Comprendre et compréhension mutuelle, 278.
 BARBÉ (A.). Recherches sur l'embryologie du système nerveux, 542.
 BARBEAU (A.) et LÉCAVALIER (P.). Profil criminologique de la paralysie générale, 453.
 BARBIER (P.). V. *Riser*.
 BARBIER (J.), ROCHAIX (A.), OKINCZYK, etc. Médecine et vie familiale, 546.
 BARGUES et BERTHON. La formule leucocytaire au cours des crises convulsives cardiazoliques, 337.
 BARRAUX (A.). V. *Aubin*.

(1) Les chiffres en caractères gras correspondent aux MÉMOIRES ORIGINAUX et aux COMMUNICATIONS à la Société Médico-Psychologique.

- BARRÉ (J.-A.) et KAMMERER (Th.). Spasme labio-palato-laryngé, 113.
- . Syringomyélie cervicale après blessure non suppurée du poignet, 268.
- BARRÉT (Mlle S.). V. Dupouy.
- BARUK (H.). La « démence précoce » ou la schizophrénie constituent-elles une maladie ? 306.
- . Les recherches étiologiques en psychiatrie, 303.
- . Folleculine et troubles mentaux, 448.
- BASTAI (P.) et DOGLIOTTI (G.-C.). Psychopathologie de la vieillesse. Introduction à l'étude des maladies des vieillards, 635.
- BAUDOUIN, FISCHGOLD (H.) et LERIQUE (J.). L'électro-encéphalogramme multiple de l'homme normal, 126.
- BEAUDOUIN (H.). *Discussion*, 616, 626.
- . Evénements de guerre et troubles mentaux, 618.
- BEKAERT (H.). La récidive dans le droit pénal classique, 456.
- BELL (R.-M.) et TALKINGTON (P.-C.). L'hydrothérapie dans le délirium tremens, 449.
- BENDER (L.) et YARRELI (Z.). Psychoses parmi les disciples de Father Divine, 305.
- BENEDECK (L.). Epilepsie choréique familiale avec démence, 309.
- BEXON (R.). Ennui et concupiscences. Ennui et Asthénie, 224.
- BERENQUER (J.-J.). Identification criminelle, 456.
- BERGOUIGNAN, V. *Delmas-Marsalet*.
- BERNALES C. (J.-V.). Etude de la régulation nerveuse du sang, 338.
- BERSOT (H.). V. *Desruelles*.
- BERTHOLET, V. *Dom*.
- BERTHON, V. *Bargues*.
- BESSEMAN (A.). Applications de l'hyperthermie provoquée par les moyens physiques, 146.
- BESSIÈRE, V. *Delmas-Marsalet*.
- . *Discussion*, 626.
- BILIKIEWICZ (T.). La structure psychologique de la névrose, 141.
- BILLSTROM (J.). Vie économique et compréhension mutuelle, 285.
- BINDER (H.). La stérilisation chirurgicale de la femme, 346.
- BINET (André). Le vaginisme mental, 643.
- BIRO. Maladie de Little et épilepsie, 129.
- BIZE (P.-R.). Les tics, 124.
- BLACHOWSKI (S.). Nature des hallucinations, 298.
- BLAUROCH (M.-F.). V. *Low*.
- BOGAERT (L. VAN). Angiomes caverneux du corps strié, 113.
- et MOREAU. Combinaison d'une atrophie de Charcot-Marie et de maladie de Friedreich, 118.
- . V. *Dide*.
- . V. *Leeuwen*.
- . Atrophie papillaire bilatérale des singes, 631.
- . Déterminations optiques de l'anémie pernicieuse, 631.
- BOND (D.). V. *Wright*.
- BONHOMME. *Discussion*, 621.
- BORNSTEIN. La dépression psychique, 311.
- BOTH (O.-R.). Crise convulsive épileptique. Essai de pathogénie, 291.
- BOUGEANT, V. *Cossa*.
- BOURDON (B.). Sensations extérieures par rapport au corps et sensations subjectives, 137.
- BOURGUIN (F.). La projection sociale de l'enfance en France, 549.
- BOVET (L.). L'étude des démences chez l'enfant, 315.
- BOYD (M.-F.), STRATMAN-THOMAS (W.-K.) et KITCHEN (S.-F.). L'emploi de la malariathérapie dans le traitement de la neuro-syphilis, 358.
- BRAZIER (M.-A.-B.). V. *Sargant*.
- BRENUGAT (M.). Etude des rapports entre la tuberculose et les psychopathies, 290.
- BRISSET. *Discussion*, 625.
- BROHEE (G.). La sensibilité viscérale et le système nerveux dans la pathologie digestive, 122.
- BRUNHES (J.). V. *Chavany*.
- BURSTIN (J.). Pensée affective et psychopathologie, 382, 495, 557.
- BUSSCHAERT (R.). V. *Nyssen*.
- et LEEUWEN (Mme André VAN). Sclérose tubéreuse avec lésions rétinienes, 629.
- * C
- CAHANE (M.) et CAHANE (T.). Double paralysie radiale chez un paralytique général après malariathérapie, 133.
- CAHANE (T.). V. *Cahane (M.)*.
- CALLEWAERT (Mlle). Un cas de chorée de Sydenham, 541.
- CANTAGUZZÈ (J.). V. *Tomesco*.
- . *Discussion*, 111.
- . V. *Paulian*.
- CARAVEDO (B.). Le cardiazol dans le traitement de la schizophrénie, 141.
- CARRATALA (R.-E.). Traitement de l'alcoolisme expérimental, 356.
- CARRIER (J.). L'anorexie mentale, trouble instinctivo-affectif, 288.
- CARRIÈRE (G.) et HURIEZ (Cl.). Le barbiturisme aigu. Son pronostic. Sa thérapeutique et sa prophylaxie, 301.
- CARRILLO (R.). Affections chirurgicales de la fosse postérieure, 322.

- CASTRO (J.) et SILVA (I.). Résistance dentaire et facteur racial, 345.
- CAVAILLON et LECLAIRCHE. L'exode en France des réfugiés espagnols. Les problèmes sanitaires, 351.
- CAVALCANTI-BORGES (J.-C.). Le test de Rorschach chez les épileptiques, 309.
- CHAMPY (Ch.). Les hormones ambo-sexuelles, 342.
- CHASE (W.-H.). L'apoplexie hypertensive et ses causes, 319.
- CHATAGNON (P.), CHATAGNON (Mlle C.) et GÉRARD (P.). Ostéomalacie de l'âge mûr chez une oligophrénie, 260.
- et CHATAGNON (Mlle C.). Etude des troubles des constituants tissulaires en psychiatrie. Les isotopes en psychiatrie, 537.
- et JOUANNAIS (Mlle S.). Les troubles vasculaires dans l'évolution clinique des syndromes mentaux, 605.
- et JOUANNAIS (Mlle S.). Influence des événements de guerre sur les psychopathies, 640.
- *Discussion*, 620.
- CHATAGNON (Mlle C.). V. *Chatagnon (P.)*
- CHAVANY (J.-A.) et BRUNHES (J.). Syndromes céphalique et psychonévrotique avec calcification de la faux du cerveau, 125.
- La paralysie faciale, 328.
- Traitements physiothérapiques de l'hémiplégie, 450.
- Hydrocéphalie tolérée pendant 30 ans. Décompression et évolution fatale, 638.
- Hérité dans l'épilepsie, 639.
- CHAVIGNY (P.). Pédagogie générale. Les changements de clavier, 157.
- CHENEY (C.-O.) et DREWRY jr (P.-H.). Traitement non-spécifique dans la démence précoce, 448.
- CHRISTOPHE. Myotonie congénitale d'Oppenheim, 274.
- V. *Crouzon*.
- CIA (F.-M.). V. *Dimitri*.
- CLAPARÈDE (Ed.). Les obstacles à la compréhension mutuelle, 283.
- CLAUDE (H.), DURAND (Ch.), VIDARD (L.) et DESHAIES (G.). Troubles caractéristiques chez un schizoïde, améliorés par le cardiazol, 253.
- *Discussion*, 259.
- CLIQUET. V. *Lhermitte*.
- CLOQUET. V. *Dom*.
- CODET (H.). Un cas banal d'hystérie, 123.
- L'œuvre de S. Freud, 424.
- *Discussion*, 523.
- COMBEMALE (P.). Le rôle de la technique dans les progrès de la physiologie, 439.
- COMBY (J.). Traitement de la chorée, 357.
- CONSTANTINESCO (S.). V. *Tomesco*.
- V. *Panilian*.
- CONFAT (Ch.), ARTHUS (M.), SPYCHER (C.) et DEBAT (F.). Action du chlorate de potasse sur la poliomyélite, 145.
- COOK (L.-C.). Thérapeutique convulsivante par le cardiazol dans la schizophrénie, 355.
- et GREY WALTER (W.). L'encéphalogramme dans les convulsions produites par le cardiazol, 449.
- COPPEZ (H.). Neuropathologie de l'atrophie optique, 629.
- CERNIL (L.). La dystrophie adiposogénitale, 344.
- et SCHACHTER-NANCY (M.). La mailleur constitutionnelle, 345.
- CORREA (G.-A.). La délinquance féminine au Chili, 361.
- COSSA (P.). Ceise de tachycardie après intervention médullaire pour tumeur, 112.
- et BOUGEANT. Appréciation des résultats de la cure de Sakel, 219.
- COUGIERO (A.). V. *Lucena*.
- COURCON. *Discussion*, 59, 71, 110, 242.
- La pathologie mentale de la vieillesse, 296.
- L'œuvre de Charles Blondel, 365.
- COURTIN (R.). V. *Hamburger*.
- CREYX, MASSIÈRE, PAULY et MORETTI. Forme pseudo-myélique des tumeurs médullaires, 326.
- CRICHTON-MILLER (H.). Le complexe somato-psychique en psychiatrie, 303.
- CROUZON (O.) et CHRISTOPHE (J.). Monoplégie et paralysie de type périphérique, 328.
- CUATRECASAS (J.), OGAÑA (Th.) et VITA (N.-A.). Influence du diencéphale sur le trophisme sexuel, 134.
- CURRAN (Frank-J.). Psychoses dues aux bromures, 640.
- CURTILLET (E.). Les tumeurs nerveuses du cou, 327.
- CUSTODIO-MUNOZ (L.). Hygiène mentale de la sexualité, 346.

- DANAYE (H.) et POIRIER (B.). Epithélium utérin chez une déséquilibrée maniaque ayant eu la syphilis, 134.
- DAVIS (H.). L'activité électrique du cerveau, 334.
- DAVISON (Ch.). L'atrophie dans les psychoses préséniles. Maladie de Pick, 130.
- et FRIEDMAN (E.-D.). Poikilothermie avec lésions hypothalamiques, 320.

- et GOODHART (S.-Ph.). Dystonie musculaire de torsion, 323.
- DAYTON (N.-A.). Ce que l'état de Massachusetts fait pour ses arriérés, 349.
- DEBAT (F.). V. *Cantat*.
- DECOURT (J.) et TARDIEU (G.). Les tétanies neurogènes, 129.
- DEDERDING (D.J.) et JERLAND (E.). Troubles après trigéminotomie temporale rétroganglionnaire, 328.
- DELAVILLE et SIMON (Ch.). Dosage de l'alcool dans le sang et l'urine, 337.
- , L'examen biologique du liquide céphalo-rachidien, 340.
- DELAY (J.). L'asymétrie tactile, 643.
- DELGADO (H.). Traitement de la schizophrénie par le eardiazol, 142.
- DELHERM (L.) et FISCHGOLD (H.). La réentgétherapie fonctionnelle de l'hypophyse, 450.
- DELMAS (Ach.). *Discussion*, 104, 609, 615, 617.
- DELMAS-MARSALET (P.). Hyperostose frontale interne avec troubles mentaux, 134.
- , BERGOUIGNAN, BESSIÈRE et LAFON. Le syndrome de Laurence-Moon-Bardet, 137.
- , Rationalisme et géométrisme morbides, 313.
- , BERGOUIGNAN et LAFON. Etude clinique d'une pathomime, 313.
- DEMAY (G.). *Discussion*, 104.
- DERVILLE (P.). Lésions pulmonaires consécutives aux traumatismes crâniens, 642.
- DESHAIES (G.). V. *Claude*.
- DESOGUS (V.). Paralyse générale et malaria endémique, 132.
- DESRUELLES (M.) et BERSOT (H.). L'Assistance aux aliénés en Algérie depuis le XIX^e siècle, 578.
- DEVALLET (J.) et SCHERRER (P.). Psychose de dégoût conjugal avec réaction infantile, 80.
- , V. *Scherrer*.
- DIDE (M.) et BOGAERT (L. VAN). Sur l'idiotie amaurotique juvénile. Etude de sa sémologie extra-pyramidale, 135.
- DIMITRI (V.) et VICTORIA (M.). Observation anatomo-clinique d'apraxie, 333.
- et CIA (F.-M.). Parkinsonisme traumatique, 443.
- et ALEM (C.). Tumeur pulmonaire et cérébrale, 445.
- DIMO (H.). V. *Ajurlaguerra*.
- DIVRY (P.). Paralyse de Lissauer, 539.
- DOGLIOTTI (G.-C.). V. *Bastai*.
- DOM, CLOUET et BERTHOLET. Construction d'un établissement psychiatrique à Eupen, 350.
- DONBROWSKI (E.-F.). V. *Goldstein*.
- DONNADIEU (A.). Les formes mentales des méningites syphilitiques aiguës, 130.
- DRAPER (P.-A.). Céphalée chronique, 125.
- DRETLEH (J.). V. *Stryjenski*.
- , Considérations méthodologiques sur les hallucinations, 298.
- DREWRY jr (P.-H.). V. *Cheney*.
- DUBLINEAU (J.) et DUCHÈNE (H.). Confusion récidivante chez un buveur interné, 59.
- et DUCHÈNE (H.). Syndrome d'affaiblissement chez un buveur ancien syphilitique et paludéen, 62.
- et DUCHÈNE (H.). Trouble du caractère chez les buveurs, 89.
- et DUCHÈNE (H.). Facteurs de la curabilité dans certains troubles mentaux des buveurs, 94.
- et DUCHÈNE (H.). Associations morbides observées dans le passé des buveurs internés, 97.
- , *Discussion*, 104, 531.
- DUCHÈNE (H.). V. *Dublineau*.
- DUQUING, V. *Riser*.
- DUNAS (G.). *Discussion*, 86, 103.
- , Nouveau traité de Psychologie, 633.
- DUPOUY (Roger) et BARRET (Mlle S.). Fugues à répétition post-émotionnelles d'allure cyclothymique atypique, 55.
- , V. *Marchand*.
- DURAND (Charles). V. *Fortineau*.
- , V. *Claude*.

E

- ECTOR (L.). V. *Balleg*.
- EDLIN (J.-V.). V. *Goldstein*.
- ELSBERG (Ch.-A.) et SPOTNITZ (H.). Les corrélations nerveuses de la vision et leur signification dans la localisation des tumeurs cérébrales, 136.
- ENDARA (J.). Psychodiagnostic de Rorschach et délinquance, 361.
- ESMEIGALDO (Z.). Syphilis nerveuse inapparente, 341.
- , Autohémothérapie sous-occipitale dans la chorée de Sydenham, 357.
- ESPEJO (L.-D.). Myasthénie grave. Considérations générales sur les myopathies, 326.
- EUZIÈNE (J.), FASSIO (E.) et LAFON (R.). Automatismes et hypertonie de nature psychomotrice, 575.
- EVANS (J.-W.). V. *Romano*.
- EVLAVCHOW (A.). Léonard de Vinci et l'épilepsie, 310.
- EY, *Discussion*, 258.
- et RANCOULE (M.). Hallucinations mescaliniques et troubles psychosensoriels, 301.

P

- FABRE (G.). V. *Vurpas*.
 FALSTEIN (E.-I.). V. *Stone*.
 FASSIO (E.). V. *Euzière*.
 FATTOVITCH (G.) et NICOLAI. Délire de négation et psychoses réactionnelles, 312.
 FAURBYE (A.). L'intoxication hydrique : Confusion mentale et symptômes schizophréniques, 307.
 FAURE (J.). V. *Lafon*.
 FAURE-BEAULIEU (M.) et KOHN-ENRIQUEZ (G.). Myélopathies et radiculites à formes gastro-intestinales, 326.
 FAVERET (P.) et RONDEPIERRE (J.). La syphilis dans le déterminisme de la démence précoce, 305.
 FAVORY. Traitement de la syphilis oculaire par la pyrétothérapie, 358.
 FEIL (A.). Intoxication par le manganeuse, 348.
 FENTON (H.-F.). Le traitement des maladies infectieuses chroniques, 354.
 FEUCHTWANGER (E.) et MAYER-GROSS (W.). Traumatisme cérébral et schizophrénie, 308.
 FIGARI DIEZ CANSECO (F.). Anomalies de la mémoire chez les schizophrènes, 143.
 FINLEY (K.-H.). Pathogénèse de l'encéphalite accompagnant la vaccination, la variole et la rougeole, 135.
 FINGERHUT (S.). Etude des correctifs des barbituriques dans le traitement de l'épilepsie, 294.
 FISCHGOLD (H.). V. *Baudouin*.
 — V. *Delherm*.
 FLOURNOY (H.). Organicité dynamique, 123.
 FONTAINE (R.). Le traitement chirurgical des spasmes vasculaires, 359.
 FONTÈS (V.). La débilité mentale cause de délinquance infantile et juvénile, 451.
 FONT-LAPALISSE. Les troubles oculaires des encéphalopathies infantiles, 291.
 FORD (F.-R.) et MUNCIE (W.). Tumeurs malignes du troisième ventricule, 137.
 FORTINEAU (J.), VERCIER (R.), DURAND (Ch.) et VIDARD (L.). Idées de transformation sexuelle et travestissement chez deux délirants chroniques, 54.
 FOURNEAU (E.). L'antiseptie interne des maladies microbiennes, 145.
 FRASER (R.). V. *Sargent*.
 FREEMAN (H.). Vitesse du courant circulatoire chez les sujets normaux et les schizophrènes, 334.
 FRENKIEL (B.) et MASLANKA (M.). Psychoses endogènes chez l'enfant, 441.
 FRETET (J.). Définition de l'érotomanie, 517.

- et DUCHÈNE (H.). Un diagnostic d'érotomanie pure, 524.
 FREUDENBERG (R.). V. *James*.
 FRIEDMAN (E.-D.). V. *Davison*.
 FRITZ. Atrophie optique et ischémie, 630.
 FROMENTY (L.). L'encéphalographie dans la maladie de Pick, 64.
 FUHRMANN (K.-H.). La parotidite épidermique. Méningite parotidite latente, 132.
 FULCHIGNONI (E.). La connaissance de l'épilepsie expérimentale, 336.
 FULTON (J.-F.). V. *Walker*.

G

- GALLEMAERTS, KLEINTJENS et GLOETENS. Hérédotaxie cérébelleuse avec évolution myoclonique, 117.
 GALLOT (H.-M.). V. *Laignel-Lavastine*.
 GAREISO (A.) et PETRE (A.-J.). Onanisme infantile, 315.
 GARFAS (E.). Epilepsie essentielle avec épilepsie partielle et catalepsie, 127.
 GARKAVI (N.-L.). La symptomatologie épileptoïde dans la schizophrénie, 309.
 GELMA (E.). Au sujet du délire, 297.
 GÉRARD (J.). V. *Chatagnon (P.)*.
 GÉRAUD (J.). V. *Riser*.
 — V. *Rimbaud*.
 GIBBS (F.-A.), GIBBS (E.-A.) et LENNOX (W.-G.). Dysrythmies cérébrales de l'épilepsie, 127.
 GIBBS (E.-A.). V. *Gibbs (F.-A.)*.
 GILBERT-DREYFUS. Opothérapie lutéinique et folliculinothérapie massive, 356.
 GJESSING (R.). Troubles des fonctions somatiques dans la catatonie à évolution périodique et leur compensation, 642.
 GLAICHENHAUS (J.). L'encéphalographie gazeuse par voie lombaire, 545.
 GLOETENS, V. *Gallemaerts*.
 GOLDSTEIN (H.-H.), DOMBROWSKI (E.-F.) et EDLIN (J.-V.). Traitement des psychoses par le pentaméthylentétrazol, 142.
 GOLSE (J.). L'électro-encéphalographie clinique, 126.
 GOMES (M.). Biotypologie féminine, 447.
 GOODHART (S.-Ph.). V. *Davison*.
 GORPON (A.). Hémorragie ventriculaire primitive, 443.
 GORRITI (F.). Avitalisation de la réalité, 310.
 GORTER. Le régime cétogène, 116.
 GOZZANO (M.). Les hallucinations au XI^e Congrès International de Psychologie, 300.

- GRAHAM (J.-R.) et WOLFF (H.-G.). La céphalée migraineuse et l'action du tartrate d'ergotamine, 353.
- GRANADA et PICH (A.). Le vocabulaire scolaire et les associations opposées, 138.
- GRAVES (T.-C.). Traumatismes crâniens et troubles mentaux, 314.
- GREY-WALTER (W.). V. *Cook*.
- GROFF (R.-A.). Tumeurs du tuberculum sellæ, 443.
- GROSH (L.-C.). L'insuline dans le traitement de la manie aiguë, 354.
- GROSS (M.) et GROSS-MAY (G.). La glycémie et la chlorémie chez les schizophrènes, 335, 446.
- GROSS-MAY (G.). V. *Gross (M.)*.
- GUEVARA OROPESA (M.). Tumeur de l'angle ponto-cérébelleux, 323.
- GUILLAROVSKI. La schizophrénie sous l'influence des narcoses prolongées, 307.
- GUILLAIN (G.). Etudes neurologiques, 438.
- GUILLAUME (J.). V. *Martel*.
- GUTRAUD. *Discussion*, 86, 242, 258.
- , MICUCCI (Mlle M.) et OUDOT (M. G.). Syndrome polynévritique de Korsakoff, 243.
- GUTIERREZ-NORIEGA (C.). Catatonie et shock cardiazolique, 142.
- GUTTMANN. V. *Minski*.
- et WINTERSTEIN (C.-E.). Troubles de la conscience consécutifs au traumatisme crânien, 314.
- GYAFAS (K.). Corrélations de l'athétose, de la catatonie et de l'hypoglycémie, 335.

H

- HALBRON (P.). L'épilepsie cardiaque, 128.
- HAMBURGER (M.) et COURTIN (R.). Syndromes psychique et infundibulaire par hyperfolliculinie, 342.
- HANON (J.-L.). Tumeurs de la ligne médiane du cerveau, 321.
- HANGREAVES. Compréhension mutuelle entre groupes humains et entre peuples, 285.
- HARPER (H.). Mauvais goût. Cacogénésie, 125.
- HARTENBERG (P.). Un cas de « trémopobie », 311.
- , *Discussion*, 617.
- HATTINGBERG. La compréhension mutuelle des types psychologiques polarisés, 281.
- HAURY (V.-G.). V. *Hirschfelder*.
- HEILBRUNN (G.). V. *Weil*.
- HESNARD. *Discussion*, 58, 59, 86.
- HETHERINGTON (A.). V. *Magoun*.

HEUCQUEVILLE (G. D'). V. *Laignel-Lavastine*.

LEUYER. Troubles psychiques déterminés par l'encéphalite épidémique à l'âge scolaire, 115.

—, Le bégaiement, 124.

—, *Discussion*, 111, 255, 434, 529.

—, La loi de 1838. Son projet de révision, 479.

— et NEVEU. Troubles mentaux hallucinatoires chez deux tabétiques, 246.

HILL (H.). Le traitement de la schizophrénie par l'histamine et l'insuline, 354.

HINSIE (L.-E.). V. *Strongin*.

HIRSCHFELDER (D.) et HAURY (V.-G.). L'épilepsie essentielle. Variations du magnésium et du potassium, 446.

HORNET (Th.). V. *Nicolesco*.

HOVEN (H.). L'azoman dans le traitement de la schizophrénie, 272.

HRYNIEWICZ (S.) et SWIETKOWSKA (Mlle V.). Le liquide céphalo-rachidien dans les affections neurologiques et psychiques, 446.

HUGHES (J.). V. *Wright*.

—, MUDD (S.) et STRECKER (E.-A.). Solutions concentrées de sérum humain « lyophile », 451.

HURIEZ (Cl.). V. *Carrière*.

I

ITURRA-MOREIRA (Waldo). V. *Vidal-Oltra*.

J

JAKOB (Ch.) et PEDACE (E.-A.). Étude anatomopathologique de la schizophrénie, 331.

JAMES (G.-W.-B.), FREUDENBERG (R.) et TANDY-CANNON (A.). La thérapeutique insulinaire dans la schizophrénie, 354.

JANET (Pierre). *Discussion*, 87.

JASPER (H.-H.) et NICHOLS (I.-C.). Fonctions corticales dans l'épilepsie et les troubles associés, 127.

JEDLOWSKI (P.). La réaction de Donaggio dans l'épilepsie, 337.

JERLAND (E.). V. *Dederding*.

JOUANNAIS (Mlle S.). V. *Chatagnon*.

JUNG (A.). V. *Leriche*.

K

KAHN (E.). La réadaptation et ses limites, 352.

- KAJDI (L.) et TAYLOR (Ch.-V.). Le bleu de méthylène intraveineux dans les états convulsifs, 353.
- KAMIAT (A.-H.). L'épanouissement de la personnalité, 544.
- KAMMERER (Th.). V. Barré.
- KANDARADSEIA (K.). Le syndrome schizophrénique au cours de diverses psychoses chez l'enfant, 307.
- KANNER (L.). La mise en liberté des arrières et ses conséquences, 350.
- KAPLAN (M.). V. Low.
- KERNOHAN (J.-W.) et WOLTMAN (H.-W.). Périartérie nouvelle. Examen spécial du système nerveux, 318.
- , V. Moersch.
- KESSLER (M.-M.). V. Savitsky.
- KIELHOLZ. Compréhension mutuelle et religion, 286.
- KIEWIET (A.-J.). La psychosynthèse, 139.
- KITCHEN (W.-K.). V. Boyd.
- KLEINTJENS. V. Gallemaerts.
- KOHN-ENRIQUEZ (G.). V. Faure-Beauhen.
- KOKKEN (E.). Ataxie cérébelleuse après eoqueluche, 540.
- KREBS et PUECH. Traumatisme cranio-cérébral et trouble mental, 268.
- KRETSCHMER. Les bases biologiques de la compréhension mutuelle, 279.
- KUPPER (W.-H.). V. Boyd.
- L
- LAFON (R.). V. Delmas-Marsalet.
- et FAURE (J.). Tumeur du corps callosus, 136.
- , La psychasthénie par Tristan Bernard, 311.
- , V. Ezzière.
- LAFORA (Gonzalo-R.). Psychiatrie et neurologie de guerre et de Révolution, 637.
- LAGACHE (D.). Erotomanie et jalousie, 297.
- LAGÈZE (P.). L'anémie aiguë post-hémorragique, 330.
- LAUGNEL-LAVASTINE. *Discussion*, 51, 64, 71, 86, 104, 242, 245, 434, 538, 609, 616, 617, 626.
- , La sympathologie clinique, 120.
- , GALLOT (H.-M.) et PHILIPPE (L.). Myasthénie améliorée par la prostigmine, 267.
- , GALLOT (H.-M.) et PHILIPPE (L.). Tabes polyarthropathique avec stepage, 267.
- et HEUCQUEVILLE (G. D.). Barbiturisme chronique d'asile ; barbiturisme aigu d'hôpital, 301.
- , Discours de Gerdy à la Société Médico-psychologique, 449.
- et MIGNOT (H.). Délire interprétatif et imaginal à début cénesthésique, 428.
- LANGWORTHY (O.-R.). V. Tauber.
- LANKOSZ (J.) et WEBER (H.). L'électrocardiogramme au cours du traitement par le cardiazol, 449.
- LAROCHE (Guy), BOIGEN (M.), BONPARD (E.), etc... La puberté, 636.
- LASSERRE (J.). D'Hippocrate au Néo-Hippocratism, 448.
- LAUZIER (J.). La loi Roustan, 351.
- LAVALLE (F.). La psychiatrie dans les Ecoles de Droit, 455.
- LAVERGNE (V. DE) et ACCOVER (H.). La méningite dans les manifestations nerveuses des brucelloses, 327.
- LAVITRY (S.). V. Riser.
- LAY (R.-A.-Q.). Psychoses d'allure schizophrénique chez les jeunes enfants, 306.
- LECAVALIER (P.). V. Barbeau.
- LECLAINCHE. V. Cavaillon.
- LECONTE (M.). Traitement des états schizophréniques, 201.
- et LECONTE (Mme S.). Les psychoses des grévistes, 312.
- LECONTE (Mme S.). V. Leconte (M.).
- LEBUWEN (Mme André VAN) et BOGAERT (Ludo VAN). Atrophie optique familiale compliquée de Behr, 630.
- LEHORZTY (T. DE). Maladie de Paget éranienne avec symptômes neurologiques, 113.
- LENNOX (W.-G.). V. Gibbs (F.-A.).
- LEONARDON (P.). Etude de quelques troubles humoraux. Etats maniaques mélanéoliques et anxieux, 292.
- LERICHE (R.) et JUNG (A.). La éérebrostinuline de Popa. Action du liquide céphalo-rachidien sur le cerveau, 340.
- LERIQUE (J.). V. Baudouin.
- LE ROY et LUCE (A.). La restauration musculaire dans la poliomyélite antérieure, 324.
- LEROY (A.). Polynévrite toxique provoquée par l'uliron, 271.
- , Traitement de la migraine par les injections de cardiazol, 272.
- , Cardiazol et lésions cérébrales, 539.
- LE SAVOUREUX (H.). Un philosophe en face de la psychanalyse, 139.
- LEVET (R.). Accidents du traitement sulfamidé, 144.
- LÉVY-VALENTI et SÈZE (S. DE). Les complications nerveuses au cours de la maladie de Nicolas-Favre, 330.
- , Précis de psychiatrie, 436.
- LEWIS (L.-G.). V. Tauber.
- LEY (A.). Les bases psychologiques de la compréhension mutuelle, 280.
- LIHERMITTE (J.) et SIGWALD. Sections totales et subtotaales de la moelle dorsale, 267.

— et CLIQUET. Accidents cérébraux de la transfusion sanguine, 268.

LIBERSON (W.). V. *Pagniez*.

LIEBERT (E.). V. *Weil*.

LIÈGE (R.). Soleil et accidents cérébro-méningés chez les enfants, 131.

LLINAS (P.-A.). Impulsion inconsciente chez un épileptique, 453.

LLOVERAS (J.-A.). V. *Stroesco*.

LOW (A.-A.), SONENTHAL (I.-R.), BLAUROCH (M.-F.), KAPLAN (M.) et SHEHMAN (I.). Traitement de choc par le méthazol, 142.

LUCE (A.). V. *Le Roy*.

LUCENA (J.) et COUCHIER (A.). Atrophies musculaires apparaissant au cours de la paralysie générale, 133.

M

MACLAY (W.-S.) et STOKES (A.-B.). Troubles mentaux dans le syndrome de Cushing, 343.

MAFFEI (W.-E.). Néoplasies méningées, 333.

MACE, Tétanie parathyroïdienne, 117.

—, Gliome du Pont, 117.

MAGOUN (H.-W.), RANSON (S.-W.) et HETHERINGTON (A.). Connexions descendantes du Hypothalamus, 445.

MAIER (H.-W.). Les tâches immédiates de l'hygiène mentale en Europe, 287.

MARCHAND (L.) et DUPOUY (R.). Polynévrite alcoolique avec maux perforants. Syndrome pseudo-bulbaire, 47.

—, *Discussion*, 64, 71, 110, 245.

—, Maladies mentales. Études anatomobiologiques, 435.

MARGINEAU (N.). Le domaine de la psychologie appliquée, 316.

MARCONDE (P.). La responsabilité sociale dans le projet de nouveau Code pénal de Gomez-Coll, 455.

MARINESCO (G.). Sur l'idiotie amaurotique juvénile, 136.

MARSH (F.-I.). V. *Wortis* (H.).

MARTEL (Th. de) et GUILLAUME (J.). Pseudo-tumeurs cérébrales et manifestations oculaires, 321.

MARTINON. *Discussion*, 103.

MARTIN (P.). Atrophie optique dans les tumeurs juxtahypophysaires, 630.

MASLANKA (M.). V. *Frenkiel*.

MASSAZA (A.). Les glucides du système nerveux central. La cure insulinaire, 336.

MASSIÈRE, V. *Creyx*.

MAUREL (S.), WILES (H.-O.) et MERBERG (C.M.). Modifications du sang pendant le traitement des troubles mentaux, 143.

MAYER-GROSS (W.). V. *Feuchtwanger*.

MAZEL et NAUSSAC. L'examen médical en orientation professionnelle, 347.

MENDEZ (M.). V. *Trelles*.

MENG (H.). L'éducation à la compréhension mutuelle, 284.

MERBERG (C.-M.). V. *Maurer*.

MICHAUX (L.). L'orientation scolaire et post-scolaire des épileptiques, 270.

MICUCCI (Mlle M.). V. *Guiraud*.

MIGNOT, V. *Alajouanine*.

MILLER (E.). La compréhension mutuelle primitive et moderne, 283.

MINSKI (L.) et GUTTMANN. Chorée de Huntington, 129.

MINKOWSKI (E.). Nature et caractère essentiels de la compréhension mutuelle, 282.

—, Hommage à la mémoire du professeur Bleuler, 420.

MIRA (E.). Psychopathologie des états passionnels, 304.

MOERSCH (F.-P.) et KERNOHAN (J.-W.). Hypoglycémie. Études neurologiques et neuro-pathologiques, 335.

MOLHANT. Les méningites séreuses, 327.

MOLINARIO (A.-J.). La noviciété criminelle, 454.

MONTPELLIER (G. de). Réflexes et phénomènes d'apprentissage chez les animaux, 318.

MOORE (M.). V. *Alexander*.

MORANTE-FEBRES (H.). V. *Trelles*.

MOREAU, V. *Bogaert*.

—, 136.

—, Hémiparésie consécutive à une polyglobulie, 541.

MORETTI, V. *Creyx*.

MORGENSTERN (Mme S.). Le problème de l'hystérie chez l'enfant, 314.

MORGENTHAU (W.). Compréhension mutuelle et vie familiale, 286.

MORSIER (G. de). La schizophrénie traumatique, 4.

MOSINGER (M.). V. *Roussy*.

MUDD (S.). V. *Hughes*.

MUGLIA (G.). Pathogénie des délires secondaires des paralytiques généraux malarisés, 303.

MUNCIE (W.). V. *Ford*.

MUSSO-FOURNIER (J.-C.) et RAWAK (F.). Action de la vitamine B dans l'anémie pernicieuse, 450.

N

NARGELI (H.). Études catamnétiques sur l'encéphalite épidémique chronique, 135.

NAUSSAC, V. *Mazel*.

NELKEN (J.). Hallucinations et psychogénie, 299.

NEVEU, V. *Heuger*.

NICEFORO (A.). La doctrine des trois âmes et la psychologie criminelle moderne, 455.

NICOLESKO (J.), SAGER (O.) et HORNET (Th.). Myoclonies vélo-palatines ; lésion cérébelleuse droite avec hypertrophie des cellules nerveuses, 323.

NICCOLAI V. *Fattovitch*.

NICHOLS (I.-C.). V. *Jasper*.

NICOTRA (A.). Démence précoce et chorée dégénérative de Huntington, 306.

NIEMIROWICZ-SZCZYTT (C.). La chrouxaxie vestibulaire modifiée par l'alcool chez les alcooliques, 338.

NISIBAR (Pedro-J.). Psychose réactive guérie par la méthode de Von Meduna, 141.

NOBÉCOURT (P.) et BABONNEIX (L.). Les enfants et les jeunes gens anormaux, 547.

NORMAN (R.-M.). Etat marbré du cortex cérébral, 332.

NUÑEZ (E.-B.). Une loi de protection pour malades internés, 457.

NYSSER (R.) et BUSSCHAERT (R.). Etude expérimentale de l'analgésie hystérique, 273.

—. L'excrétion urinaire d'acide phénylpyruvique chez certains oligophréniques, 540.

O

OCAÑA (Th.). V. *Cuatrecasas*.

OKENCZYK (J.). V. *Barbier*.

OLAECHEA (M.-G.). Névralgie à localisation élective dans les centres végétatifs de la moelle, 325.

ORTEGA-IRAGORRI (A.). La réaction du charbon colloïdal dans le liquide céphalo-rachidien, 341.

OSTANOW (P.). La « schizophrénie », la « cyclophrénie » et la « paraphrénie », 404.

ODOT (M.-G.). V. *Guirand*.

OVERHOLSER (W.). Le rôle de la psychiatrie en médecine générale, 296.

P

PAGNIEZ (Ph.), LIBERSON (W.) et PLICHET (A.). Etude électro-encéphalographique des épileptiques, 126.

— et PLICHET (A.). Considérations sur l'épilepsie paralytique, 128.

—. Anorexie mentale et hypophyse, 343.

PAILLARD (H.), PAILLARD (Madeleine H.) et VILLAIN (Denise). Maladie d'Addison fruste ; taches calcifiées d'une surrénale, 355.

PAILLARD (Madeleine H.). V. *Paillard* (H.).

PAILLAS (J.-L.). V. *Roger*.

PARFITT (D.-N.). Etiologie du syndrome confusionnel, 302.

PATHAULT. Accidents et neurologie. Traitement et expertise, 359.

PAULAN, TUDOR et CONSTANTINESCO. L'électro-encéphalogramme dans un cas de mutisme et surdité hystérique, 113.

— et CANTACUZÈNE. La constitution humaine et la paralysie générale progressive, 304.

PAULY. V. *Creyx*.

PAVON A. (Carlos). V. *Ramirez-Moreno*.

PEDACE (E.-A.). V. *Jakob*.

PEREYRA-KÄFER (J.). Signe ophtalmoscopique d'hypertension endocranienne, 444.

PERNAMBUCANO (U.). L'assistance des maladies mentales, 349.

PÉRON (N.). Défense de l'anorexie mentale, 310.

PERRAULT (M.). L'hormone dite mâle chez la femme, 450.

PETRE (A.-J.). V. *Gareiso*.

PHILIPPE (L.). V. *Laignel-Lavastine*.

PICARD. *Discussion*, 609, 610.

PIÉRON (H.). La psychologie, science biologique, 316.

PIJOAN (M.). V. *Alexander*.

PINTO PUPO (Paulo). Néoplasme intracranien et neurosyphilis, 642.

PINTO DE TOLEDO (Luiz). V. *Silveira*.

PISTRE (G.). Tonus vago-sympathique et troubles vaso-moteurs chez les déments précoces, 239.

PLANQUES (J.). V. *Riser*.

PLICHET (A.). V. *Pagniez*.

POINOT (Robert). Encéphalite bouton-neuse, 641.

POIRIER (B.). V. *Damage*.

PONSO (Robert). Etiologie des vertiges, 639.

POROT (A.) et SUTTER (J.). Le primitivisme des indigènes nord-africains, 440.

PROPPER (N.-I.). Nature neuro-humorale de l'épilepsie, 128.

PRUNES (C.). Aspects modernes de la criminologie, 454.

PUECH. V. *Krebs*.

PUTNAM (T.-J.) et STORCH (Th. J.-C. von). L'encéphalographie dans les cas d'athétose, 442.

Q

QUARANTA (A.-P.). Anémie pernicleuse. Syndrome confusionnel, 302.

QUITROGA-ARENAS (V.). V. *Vidal-Oltra*.

R

- RADERMACKER (J.). Myotonie familiale au froid, 272.
 —. Syndrome de Guillain-Barré, 541.
 RADERMACKER (Mme). Evolution fatale de la dermato-myosite avec sclérodémie, 541.
 RAMIREZ-MORENO (S.). Influence de la Presse sur l'hygiène mentale, 347.
 — et PAVON A. (Carlos). Méningo-encéphalite toxique par inhalation des carbures, 641.
 RAMON (G.). La prophylaxie du tétanos chez l'homme et chez les animaux domestiques, 348.
 —. Nouvelles méthodes de lutte contre le tétanos, 358.
 RANCOULE (M.). V. *Ey*.
 RANSON (S.-W.). V. *Magoun*.
 RAUCOULES (P.). V. *Vié*.
 RAVINA (A.). Nouvelles applications thérapeutiques du potassium, 146.
 —. L'année thérapeutique, 636.
 RAWAK (F.). V. *Mussio-Fournier*.
 RAYNAUD. V. *Thiébaud*.
 RÉVÉSZ (G.). Fonction sociologique de la main humaine et de la main animale, 137.
 RICKERS-OVSIANKINA (M.). Le test de Rorschach appliqué aux sujets normaux et aux schizophrènes, 309.
 RIMEAUD (L.) et SERRE (H.). Le diagnostic des hémorragies méningées, 131.
 —, RISER et GÉRAUD. La sclérose en plaques chez l'enfant, 325.
 — et SERRE (H.). Les hémorragies méningées, 444.
 RISER, PLANQUES (J.) et BARBIER (P.). L'hypertension crânienne chez les hypertendus artériels, 132.
 —, DUCUING et GÉRAUX. Des hématomas sous-duraux, 319.
 — et GÉRAUD (J.). Observation anatomo-clinique de sclérose en plaques aiguë, 325.
 —, GÉRAUD (J.) et LAVITRY (S.). La sclérose en plaques aiguë, 325.
 —. V. *Rimbaud*.
 RISU (L.). Contribution à une typologie, 317.
 RIVERA-SYLVA (M.). La peine d'après la psychanalyse, 455.
 ROPIN (G.). L'inattention et la distraction chez l'enfant, 138.
 ROBLES (C.). La technique opératoire de l'extirpation du ganglion stellaire, 356.
 ROCHAIX (A.). V. *Barbier*.
 ROGER (H.), ARNAUD (M.) et PAILLAS (J.-L.). Diagnostic des encéphalites pseudo-tumorales, 320.
 ROMANO (J.) et EVANS (J.-W.). Un cas d'anémie secondaire, 441.

- ROMERO (A.). Problème des hallucinations, 298.
 RONDEPIERRE (J.). V. *Faveret*.
 —. Discussion, 610.
 ROSANOFF (A.-J.). Problème des hallucinations, 300.
 ROSCA (Alexandre). Hygiène mentale professionnelle, 644.
 ROTHFELD (J.). Accès cataplectiques sous-corticaux, 320.
 ROUSSY (G.) et MOSINGER (M.). Le complexe épithalamo-épiphysaire, 344.
 ROXO (E.). Psychoses de situation et psychoses de réaction, 312.
 RYLANDER (G.). Opérations sur les lobes frontaux. Modification de la personnalité, 437.

S

- SAGER (O.). V. *Nicolesco*.
 SALMON (A.). Le rôle du système sympathique dans la physio-pathologie de la douleur, 121.
 SARGANT (W.), FRASER (R.) et BRAZIER (M.-A.-B.). Le traitement thyroïdien dans les troubles mentaux, 355.
 SARROUY (Ch.). Encéphalite de la scarlatine. Ophtalmoplégie transitoire, 640.
 SAUGUET (H.). Les troubles mentaux du rhumatisme articulaire aigu, 543.
 SAUSSURE (S. de). Le miracle grec, 634.
 SAVITSKY (N.) et KESSLER (M.-M.). L'index d'Alaya, 340.
 SCHACHTER-NANCY (M.). V. *Cornil*.
 SCHERRER (H.-J.). Cellules pigmentées du locus niger chez le singe, 118.
 —. Dégénérescence du faisceau papillomaculaire, 631.
 SCHERRER (P.). V. *Devallet*.
 — et DEVALLET. Psychose cardiaque : Complication cérébrale d'un rétrécissement mitral grave, 73.
 SCHILDER (P.). Effets psychologiques du sulfate de benzédrine, 352.
 SCHRIJVER-HERTZBERGER (S.). Le plasma des schizophrènes, 339.
 SCHUBE (P.-G.). V. *Alexander*.
 SEDLACEK (K.). L'immunité et le système nerveux, 333.
 SÉRIEUX (P.). La surveillance des maisons d'aliénés aux XVII^e et XVIII^e siècles, 119.
 SERIN (Mlle) et TARGOWLA (M.-R.). Une enquête médico-sociale sur les jeunes chômeurs à Paris, 348.
 —. Traitement de certaines épilepsies, 353.
 SERRE (H.). V. *Rimbaud*.
 SÉZARY (A.). Le traitement arséno-bismuthique dans la syphilis, 357.
 —. La pathogénie du zona, 445.

- SÈZE (S. DE). V. *Lévy-Valensi*.
 —, LIPICHUTZ (I.) et SÉRANE (J.). Disparition du signe d'Argyll-Robertson par l'impaludation et le stovarsol, 357.
 SHASKAN (D.). Troubles mentaux dans la chorée de Sydenham, 442.
 SHERMAN (I.). V. *Low*.
 SIGWALD. V. *Lhermitte*.
 SILVA (I.). V. *Castro (J. de)*.
 SILVEIRA (Anibal) et PINTO DE TOLEDO (Luiz). Perversion des instincts et du caractère, conséquence d'une encéphalite. Homicide, 641.
 SIMON (Ch.). V. *Delaville*.
 SIMON (Th.). L'examen des aliénés par les tests de niveau mental, 315.
 —, L'Hôpital Henri-Rousselle, centre de prophylaxie mentale, 350.
 SKVORZOV (K.-A.). Le syndrome du « mentisme », 296.
 SOGLIANI (G.). Propriété catatonigène dans le sérum sanguin et le liquide céphalo-rachidien humain, 339.
 SOLANO (S.). Un cas de kleptomanie, 454.
 SONENTHAL (I.-R.). V. *Low*.
 SOUBIRAN (J.). La pathologie traumatique des nerfs, 294.
 SOULAIRAC (André) et SUTTEL (René). De l'antagonisme du bien et du mal dans quelques délires, 43.
 SPEYER (N.) et STOKVIS (B.). Le facteur psychanalytique dans l'hypnose, 140.
 SPOTNITZ (H.). V. *Elsberg*.
 SPYCHER (C.). V. *Contal*.
 STALKER (Harry). V. *Tod*.
 STEPANESCU-GOANGA (Fl.). La débilité mentale cause de délinquance infantile et juvénile, 644.
 STEWART (R.-M.). Pseudo-hermaphrodisme, adiposité, polyurie et hyperglycémie, 332.
 STOKES (A.-B.). V. *Maclay*.
 STOKVIS (B.). V. *Speyer*.
 STONE (T.-T.) et FALSTEIN (E.-I.). Chorée de Huntington et méningo-encéphalite syphilitique, 327.
 STORA (R.). Hormone folliculaire et psychoses, 293.
 STORCH (Th. J.-C. von). V. *Putnam*.
 STRATMAN-THOMAS (W.-K.). V. *Boyd*.
 STRAUSS (I.) et TARACHOW (S.). Hémorragies subarachnoïdiennes spontanées, 319.
 STRECKER (E.-A.). V. *Hughes*.
 STROESCO (G.) et LLOVERAS (J.-A.). La tuberculose du système nerveux, 329.
 STRONG (E.-I.) et HINSIE (L.-E.). Taux sécrétoire chez les schizophrènes, 447.
 STRYJENSKI (W.) et DRETLEH (J.). Action du cardiazol, 37.
 —, Les états dépressifs de l'âge avancé, 441.
 SUAREZ (L.). V. *Trelles*.
 SUTTEL (René). V. *Soulairac*.
 —, Les comportements fondamentaux dans les affections mentales, 632.
 SUTTER (J.). V. *Porol*.
 SWIETKOWSKA (Mme V.). V. *Hryniewicz*.
 T
- TALKINGTON (P.-C.). V. *Bell*.
 TANDY-CANNON (A.). V. *James*.
 TARACHOW (S.). V. *Strauss*.
 TARDIEU (G.). V. *Decourt*.
 TARGOWIA (M.-R.). V. *Serif (Mile)*.
 TAUBER (E.-S.), LEWIS (L.-G.) et LANGWORTHY (O.-R.). États schizophréniques associés à la catalepsie, 308.
 TAYLOR (Ch.-V.). V. *Kadji*.
 TCHARRISSOW (M.-A.), WOLFSON (N.-M.) et ARUTJUNOW (D.-N.). Modifications biochimiques du sang dans l'émotion, 338.
 TERRIEN (F.). Hémianopsie double et cécité corticale, 328.
 TEULIÈRES (M.). Les névrites optiques d'origine sinusienne, 444.
 THIÉBAUD et RAYNAUD. Deux cas d'anévrysme artério-veineux intracraniaux, 112.
 THORNER (M.-W.). Essai psychopharmacologique au moyen de l'amytal sodique, 341.
 TIFFENEAU (R.). Sulfamidothérapie. Posologie et conduite du traitement chez l'adulte, 144.
 TINEL (J.). Les algies sympathiques, 638.
 TITECA (J.). Un nouveau cas d'anesthésie hystérique, 273.
 TITLEY (W.-B.). La personnalité prépsychosique des déprimés avec agitation, 311.
 TOD (Henry) et STALKER (Harry). Les aspects neuro-psychiatriques de l'intoxication bromurée, 640.
 TOMESCO (P.), CONSTANTINESCO (S.) et CANTACUZÈNE (J.). Thérapeutique de la schizophrénie et d'autres psychoses par l'insuline et le cardiazol, 405.
 TORP (H.). Le phénomène du « déjà vu », 440.
 TORRES-TORILIA (J.). Le paludisme doit-il être déclaré comme maladie professionnelle ? 457.
 TORSEGO (M.-E.). La surdité comme cause de réactions paranoïdes, 305.
 TRAUGOTT-BERNSTEIN (E.). Le facteur émotionnel dans les maladies de la peau, 125.
 TRELLES (J.-O.), SUAREZ (L.) et MENDEZ (M.). Un cas anatomo-clinique de syndrome de Benedikt, 333.

— et MORANTE-FEBRES (H.). Le test du cardiazol dans le diagnostic de l'épilepsie, 639.
TUDOR, V. *Paulian*.

V

VALDENNAIRE (P.). Héritéité morbide et affections neuro-psychiques, 543.
VALENTE (A.). Maladie de Friedreich et l'hérédité-ataxie cérébelleuse, 324.
VANDERHOEVE, L'atrophie simple du nerf optique, 629.
VERCIER (R.). V. *Fortineau*.
VERHAART (W.-J.-C.). Les connexions du noyau rouge. Le système nerveux central et son rôle dans la rigidité décérébrée, 331.
VERMEYLEN. Troubles du caractère consécutifs à l'encéphalite épidémique, 114.
VERVAECK (L.). La prophylaxie criminelle, 345.
—, L'étude de la personnalité du délinquant, 360.
VERVAECK (P.). La débilité mentale causée de délinquance infantile et juvénile, 452.
VICTORIA (M.). V. *Dimitri*.
—, Séméiologie de l'apraxie et de l'agraphie, 643.
VIDAL-OLTRA (Jaime), QUIROGA-ARENAS (V.) et ITURRA-MOREIRA (W.). Etude psychiatrique de l'assassin du Professeur Oscar Fontecilla, 453.
VIDART (L.). V. *Fortineau*.
—, V. *Claude*.
VIÉ, *Discussion*, 104, 242, 259, 616.
— et RAUCOULES (P.). Obsession et délire. Pseudo-hallucinations dans un syndrome encéphalitique, 236.
—, Les fondements biologiques de la compréhension mutuelle, 279.
—, Quelques terminaisons des délires chroniques, 460.
— et RAUCOULES (P.). Erotomanie de type passionnel pur. Régression pragmatique, 534.
—, Troubles psychopathiques en rapport avec les événements actuels, 624.
VILLAIN (D.). V. *Paillard (H.)*.
VINCENT (Cl.). Les tumeurs perlées du névrame, 321.
VITA (N.-A.). V. *Cantrecasas*.

VURFAS (Cl.) et FABRE (G.). Récidive d'hallucinations après une hémorragie, 300.

W

WALKER (A.-E.) et FULTON (J.-F.). L'hémidécortication chez les animaux, 444.
WEBER (H.). V. *Lankosz*.
WEIL (A.). LIEBERT (E.) et HEILBRUNN (G.). L'hyperinsulinisme expérimental, 332.
WEISMANN-NETTER (R.). Le syndrome de Cushing, 343.
WILES (H.-O.). V. *Maurer*.
WINTERSTEIN (C.-E.). V. *Gultmann*.
WITKOWER (E.). Etudes sur l'asthme. La personnalité allergique, 124.
WOLFF (H.-J.). V. *Graham*.
WOLFSON (N.-M.). V. *Tcharissow*.
WOLTMAN (H.-W.). V. *Kernohan*.
WOODS (W.-L.). Etude du langage dans la schizophrénie, 308.
WORTIS (H.), WORTIS (S.-B.) et MARSH (F.-I.). Rôle de la vitamine C dans le métabolisme du tissu nerveux, 334.
—, WORTIS (S.-B.) et MARSH (F.-I.). La vitamine C chez les alcooliques, 356.
WORTIS (S.-B.). V. *Wortis (H.)*.
WRIGHT (D.), BOND (D.) et HUGHES (J.). Diminution de la pression du liquide céphalo-rachidien par le sérum lyophile, 447.

Y

YARRELI (Z.). V. *Bender*.

Z

ZAND (Nathalie). Le psychisme de l'hypothalamus, 643.
ZIELINSKI. Les psychoses confusionnelles de désintoxication, 302.
ZILBOORG (G.). Le sens de l'immortalité, 140.
ZOLMIER (A.). L'aptitude à la grossesse. Examens pratiqués à la polyclinique neuropsychiatrique de Zurich, 347.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

LA SCHIZOPHRÉNIE TRAUMATIQUE

PAR

G. DE MORSIER (de Genève)

Parmi les syndromes schizophréniques d'origine exogène, il n'en est pas de plus importants que ceux qui sont consécutifs à un traumatisme cranio-cérébral, en raison du problème médico-légal qu'ils soulèvent.

En Suisse, en particulier, la question a été âprement discutée à cause de la doctrine de Bleuler, qui considérait la schizophrénie comme une maladie toujours endogène. Cette doctrine a régné longtemps sans contestations. Cependant, dès 1919, Bertschinger et H.-W. Maier ont posé la question du déclenchement possible d'un syndrome schizophrénique par un traumatisme cranien, et l'ont résolue par l'affirmative. En 1925, à Berne, lors d'une réunion des neuropsychiatres suisses invités par le Médecin en chef de l'Armée, le Professeur Maier, de Zurich, a soutenu le même point de vue, combattu d'ailleurs par d'autres orateurs. Dans la discussion, M. le Juge Piccard, Président du Tribunal fédéral des Assurances, a marqué sa satisfaction de voir les psychiatres abandonner enfin une doctrine trop absolue qui était loin de correspondre à l'opinion scientifique unanime, et a émis le vœu qu'on fasse même un pas de plus dans cette voie.

Les travaux faits depuis 12 ans ont montré de façon certaine l'existence d'un syndrome schizophrénique traumatique dans certains cas, rares, à la vérité. Citons les travaux de Feuchtwanger, Pfeifer, B. Schultz, Meyer-Gross, Schilder, De Craëne et les cas de Sands, Bonner et Taylor, Palowsky et Kroll, Rojas Nairo et José Belley, Bertolani, Le Guilland et Maréchal, Hamel, Roncati, D'Ormea, Vercelli et Ferrero, Giaconia, Rian, Nelker, Gordon, Schneider, Schmitz, Levison, Reiter. Il faut citer également le travail de Rosanoff et de ses collaborateurs portant sur 142 couples de jumeaux atteints de schizophrénie et dans lequel les auteurs montrent l'influence sur l'apparition de la maladie des traumatismes cérébraux survenus à la naissance ou pendant l'enfance.

Cependant, malgré l'abondance de ces travaux, de nombreux experts n'admettent encore aucun rapport entre le syndrome schizophrénique et le traumatisme cérébral, même lorsque la schizophrénie apparaît au milieu des troubles post-commotionnels habituels (céphalées, vertiges, troubles de la mémoire, du caractère, de l'équilibre, etc.). C'est pourquoi il ne nous paraît pas inutile de rapporter les trois cas que nous avons pu observer.

OBSERVATION 1. — Joseph C., 35 ans, maçon, sans antécédents pathologiques. Accident le 9 juillet 1929. Il reçoit sur la tête, dans la région pariétale droite, un morceau de corniche en ciment pesant environ 300 grammes, et tombant d'une hauteur d'un mètre et demi. Il ne perd pas connaissance, mais est *étourdi* pendant un instant. Il essaie de reprendre son travail au bout d'un quart d'heure, mais il doit arrêter peu après à cause de *maux de tête* et de *malaises*. Le soir, il est anxieux et agité. Il court dans les rues avec un bandeau sur la tête, disant qu'il va mourir. Le lendemain, il reprend son travail, mais au bout d'un instant il rentre chez lui en se plaignant de *maux de tête*, de *vertiges* et de *manque de force*. Il dit qu'il va mourir, que l'électricité le pique à la tête, et il s'agite. On le place alors à l'Hôpital d'Annemasse, mais il se sauve. On le met alors à l'Hôpital Cantonal de Genève, où l'on note un signe de Babinski à gauche. Il est anxieux, catatonique et agité, tient des propos incohérents, saute sur les infirmiers, casse des objets et mord une sœur. Il est alors interné à l'asile de Bel-Air le 13 juillet 1929.

A son entrée à Bel-Air il est agité, anxieux, et pense qu'il va mourir. Les jours suivants, il se calme un peu et peut sortir de l'Asile le 22 juillet. Chez lui, il continue à être déprimé, il sent de l'électricité dans sa tête, dit qu'il ne voit plus clair, croit que ses enfants vont mourir et se met constamment à pleurer. Il souffre de céphalées, de vertiges et de fatigue. Des essais de reprise du travail échouent à cause des vertiges et des céphalées qui augmentent. Il fait alors un nouveau séjour à

l'Asile de Bel-Air en novembre et décembre. On note qu'il parle et qu'il rit tout seul et interpelle les passants, il est incapable de travailler autant à son métier qu'au jardin. Il se plaint de maux de tête et de vertiges quand il penche la tête en avant. On constate un Babinski gauche.

A la demande de l'assurance, il fait alors un séjour dans un autre asile. On note qu'il entend la voix de sa femme et de ses enfants, il pense que sa femme est morte. On lui lance des secousses dans la poitrine, il a des idées hypochondriaques, la nourriture ne passe plus. Malgré une telle sémiologie, l'expert pense qu'il s'agit « d'hystérie traumatique », que les « besoins affectifs » jouent un grand rôle dans sa maladie, qu'il guérira parce qu'il a le « désir de guérison » et qu'enfin les symptômes dont il a souffert sont d'origine « auto-suggestive ». Malgré ce pronostic, l'état du blessé est resté tout à fait stationnaire et il a été rapatrié dans un Asile étranger.

Dans ce cas, après un traumatisme pariétal, ayant produit une lésion cérébrale, une psychose chronique est apparue au bout de quelques heures seulement, précédée des signes d'encéphalopathie post-commotionnelle habituels : céphalées, malaises, vertiges. L'apparition presque immédiate d'une psychose chronique après un traumatisme cranio-cérébral est extrêmement rare.

OBSERVATION 2. — Laurette G., âgée de 39 ans. Père mort à 57 ans de tuberculose pulmonaire. Mère morte à 69 ans d'une attaque. Une sœur morte à 21 ans de tuberculose pulmonaire. Un frère en bonne santé. Pas de maladies mentales dans la famille. Elle-même a toujours été en bonne santé, vive, active et travailleuse. Elle fait un apprentissage d'horlogerie, puis travaille comme ouvrière dans différentes fabriques. Elle est très appréciée de ses patrons. Elle a un caractère gai, affectueux et très sociable. Dès 1932, elle travaille en Angleterre comme horlogère.

En juin 1935, elle est bousculée par un passant dans la rue, elle tombe, et la région temporale gauche vient heurter violemment contre un trottoir. Elle ne perd pas vraiment connaissance, mais elle est étourdie et ne peut pas se relever, ni se tenir debout, ni marcher. On la transporte dans une pharmacie. Elle retourne au travail le lendemain mais, deux jours après, elle est prise de *vertiges* avec malaises et doit rester couchée pendant quelques jours. Elle reprend son travail, mais depuis elle souffre constamment de *bouffées de chaleur* à la tête avec *malaise, fatigue* et *transpirations continuelles*, alors qu'auparavant elle faisait son travail sans aucune difficulté. Elle ne supporte pas le bruit qui lui fait mal à la tête. En décembre, elle remarque qu'elle *s'endort fréquemment* à son travail et même en société, ce qui ne lui était jamais arrivé auparavant. Elle souffre de vertiges et de maux de tête. Elle se met à pleurer sans raison. Elle remarque qu'elle a toujours soif.

C'est alors qu'elle se met à *entendre une voix* qui lui parle et lui

donne des ordres. Elle entend des phrases absurdes répétées plusieurs fois. C'est surtout lorsqu'elle est couchée que les voix se manifestent. On lui dit de chanter et elle chante. Parfois elle avait peur et se mettait à pousser des cris. Elle s'entend appeler par son nom. Elle raconte des histoires extraordinaires qui lui sont dictées par les voix. C'est comme une voix qui parle par sa bouche. Le soir, sitôt couchée, les voix la réveillent. Quand elle reçoit une carte postale, les voix font des commentaires sur le texte. Elle a pu cependant travailler jusqu'au 20 février 1936. Son frère est allé la chercher le 26 pour la ramener chez lui à Renens. Dans le train, elle chante, commandée par les voix. Arrivée en Suisse, on remarque qu'elle dort énormément, boit et mange beaucoup. Les voix lui disent qu'elle est riche, qu'elle n'a plus besoin de gagner, que les boutons de sa robe valent chacun des millions. On lui dit aussi que sa tante est la reine d'Angleterre et qu'elle-même est la duchesse d'Angoulême, fiancée au duc de Connaught.

Elle est alors vue à la Polyclinique psychiatrique de Lausanne en mars. Elle parle toute seule, la voix la questionne par sa bouche et elle répond. C'est une voix intérieure, la voix d'un Anglais qu'elle a connu et qui lui dit des choses très gentilles. Elle sent des *démangeaisons* dans tout le corps et pense qu'on lui a mis des poux. On l'oblige à ouvrir la bouche et à crier.

Elle entre alors à l'Asile de Céry le 2 avril 1936 (1). Elle raconte que quelqu'un lui révèle toute sa vie par sa propre bouche depuis l'âge de 3 ans jusqu'à maintenant. On lui fait voir des *visions*, des flammes. Dans le train, elle a vu des flammes qui entouraient son frère. Elle trouve que tous les gens sont changés autour d'elle. Elle dit elle-même : « Je vis un rêve ». On constate un tremblement des mains. Elle est rapatriée le 21 avril à l'Asile de Belley. L'état est stationnaire. Elle explique qu'elle entend deux espèces de voix, une qui lui rappelle sa vie, l'autre qui lui dit de crier, de joindre les mains. C'est la voix de Dieu. On lui dit qu'elle va souffrir mille fois la mort du Christ, qu'elle est l'élue de Dieu, qu'elle doit sauver le monde. Elle est soumise alors à une cure d'insuline en juin et juillet après laquelle elle guérit complètement, et elle peut quitter l'asile le 13 septembre, guérie. Je la vois en décembre 1936, envoyée par le Dr Guénin, de Bienné. Elle a complètement corrigé son délire, elle se souvient de toute sa maladie. Elle sait que ce sont les voix qui lui faisaient dire des bêtises, mais elle ne pouvait s'empêcher de leur obéir. Actuellement, elle est tout à fait remise. Elle sent encore cependant une douleur derrière l'oreille, et elle a parfois des bouffées de chaleur accompagnées d'un voile devant les yeux. Elle a engraisé de 5 kilos et les règles ont diminué d'intensité. Elle dort toujours beaucoup, 11 heures par nuit. L'examen neurologique ne révèle rien de particulier.

(1) Je tiens à remercier M. le Professeur Steck, directeur de l'Asile de Céry et M. le Dr Humbert, directeur de l'Asile de Belley, qui ont bien voulu nous communiquer les observations qu'ils ont faites sur cette malade.

En résumé, une jeune femme sans antécédents héréditaires ni personnels, intelligente et active, subit un traumatisme cérébral sans perte de connaissance mais avec un état cataplectique initial, ayant comme suite les troubles encéphalopathiques habituels (céphalées, vertiges, fatigue, troubles sympathiques, hyperacousie douloureuse) et un syndrome infundibulaire (dysménorrhée, hypersomnie, polydypsie). Au bout de 6 mois, au milieu du syndrome post-commotionnel apparaît insidieusement un état hallucinatoire du type automatisme mental qui dure pendant 9 mois et guérit complètement.

Il faut remarquer que l'aspect initial n'est pas celui d'une commotion vraie, mais celui d'un état cataplectique (impossibilité de bouger les membres et de parler, sans perte de connaissance). On peut donc soupçonner l'existence d'une lésion cérébrale, contrairement à ce que l'on pense habituellement. Il faut que les experts se pénètrent de cette idée que les traumatismes peuvent avoir des suites prolongées et graves, sans perte de connaissance initiale.

OBSERVATION 3. — Irène R., âgée de 26 ans, née en 1907, ouvrière dans une fabrique d'allumettes. Père mort d'anémie, mère morte d'apoplexie, quatre frères et sœurs en bonne santé. Elle-même n'a jamais été malade et, d'après les dires de ses patrons, était une ouvrière capable et rapide, très calme et très correcte, donnant toute satisfaction.

Le 16 novembre 1933, en se rendant à son travail entre 6 et 7 heures du matin, elle est renversée par un cycliste et perd connaissance. Elle est transportée à l'Hôpital Cantonal. On constate une contusion au niveau de la région pariétale droite et au niveau du grand trochanter à droite. A 11 heures du matin, soit 4 à 5 heures après le traumatisme, elle est encore complètement amnésique. Elle ne sait ni son nom ni son adresse, ni le travail qu'elle fait, ni ce qui lui est arrivé. Le lendemain, 17 novembre, elle a repris connaissance, mais a une amnésie complète de l'accident et une amnésie rétrograde de plusieurs heures avant l'accident et une amnésie antérograde, d'une journée environ. Poids 70, température 38°2.

Le 19 novembre, soit 3 jours après l'accident, elle se plaint de violentes douleurs dans la moitié droite de la tête. On constate une *mydriase bilatérale* et de la *raideur de la nuque*. Le 21, on note que les « signes méningés » sont améliorés. Le 2 décembre, on commence à la lever, le 7 elle quitte l'Hôpital et le 11, soit 22 jours après l'accident, on lui ordonne de reprendre le travail, ce qu'elle fait. Mais, dès les premiers jours, elle souffre de céphalées, de nausées, accompagnées parfois de vomissements, de vertiges, d'insomnies. Sur l'ordre de son médecin, elle continue cependant à travailler tant bien que mal pendant tout l'hiver.

En mars 1934, son état s'aggrave. Les céphalées deviennent plus violentes, elle a des écarts de température (35° le matin, 39° l'après-midi) et un retard dans les règles. En outre, elle a pour la première fois une *crise de vertiges avec perte de connaissance*. Les crises se sont reproduites 3 ou 4 fois dans les mois qui ont suivi. Parfois, elle a d'autres crises du type *cataplexie* : elle ne perd pas connaissance, mais se sent brusquement devenir inerte et ne peut bouger ni les bras ni les jambes, tout en restant lucide, mais avec angoisse, dyspnée et sensation de mort imminente. Après une période de repos, son état s'améliore et elle reprend le travail pendant l'été 1934. En automne, les troubles recommencent et je la vois pour la première fois en décembre 1934, soit une année après le traumatisme, envoyée par le professeur Bickel.

Elle se plaint alors de *céphalées* dans la moitié droite de la tête, surtout à la région pariétale, qui augmentent avec la fatigue. Les *vertiges* sont très fréquents, surviennent par crises et s'accompagnent d'éblouissement. Elle craint de tomber et doit se retenir. Les troubles de la *mémoire de fixation* sont considérables : elle oublie ce qu'elle vient de faire et ce qu'elle vient de dire. Son caractère a changé depuis l'accident, elle est devenue apathique, se désintéresse de son travail, a souvent des idées noires, se met parfois à pleurer sans raison et ne veut voir personne. Elle est constamment fatiguée, éreintée par son travail, alors qu'auparavant elle le faisait sans aucune difficulté ni aucune fatigue. Le sommeil est très troublé et les *insomnies* sont fréquentes et augmentent la fatigue diurne. Depuis l'accident, l'appétit est mauvais et elle a maigri. Elle souffre de différents *troubles sympathiques* : congestion brusque de la face avec malaise, sensation de froid et de chaud, transpiration subite, dyspnée et palpitations. Elle se plaint également de *photophobie* et de *bourdonnements d'oreille* à droite.

A l'examen, on constate des troubles importants de l'équilibre. Dans la position de Romberg, elle tombe rapidement en arrière, quelle que soit la position de la tête. Dans l'épreuve de la marche aveugle, la marche à reculons est impossible et amène une titubation intense. Les réflexes tendineux sont très vifs partout, mais le patellaire gauche est plus lancé que le droit. Les plantaires se font avec extension de tous les doigts des deux côtés. Les abdominaux sont faibles. Il existe une *dysmétrie* et une *adiadococinésie* des deux côtés. Pas de troubles pupillaires ni oculo-moteurs. Diagnostic : *encéphalopathie traumatique*. Je la mets au repos complet et elle s'améliore de nouveau. Le Romberg reste positif jusqu'en février, puis disparaît. Les vertiges et les céphalées diminuent d'intensité et de fréquence. Elle demande à travailler à nouveau depuis le 19 février 1935.

Pendant deux semaines, elle va bien, mais, le 4 mars, elle *perd subitement connaissance* au travail, après avoir senti pendant quelques instants un malaise et un voile devant les yeux. En revenant à elle, au bout de 20 minutes environ, elle se sent très faible, particulièrement dans les jambes. On doit la ramener en automobile chez elle où elle s'endort. Je l'examine le 6 mars : le Romberg est de nouveau fortement

positif avec rétropulsion. Elle demande instamment à reprendre son travail le lendemain, ce qu'elle fait à 50 0/0. Mais, depuis la crise, elle va de nouveau moins bien, les céphalées droites, les vertiges, la fatigue ont repris. Elle a fréquemment des sensations d'évanouissement, comme des crises avortées. Elle sent des douleurs dans le côté droit avec faiblesse de la main droite. En avril, elle continue toujours à travailler, mais a fréquemment des crises de vertiges sans perte de connaissance.

En juillet 1935, elle a de nouveau des *crises de perte de connaissance*, après lesquelles elle se sent plus mal. *C'est à ce moment, soit un an et demi après le traumatisme, et au milieu du syndrome encéphalopathique avec crises épileptiformes qu'apparaissent les premiers symptômes schizophréniques sous la forme d'hallucinations verbales* (elle ne m'en a parlé spontanément que près d'une année après). Elle a remarqué dans l'été 1936 que les automobilistes qui passaient dans la rue s'occupaient d'elle et lui parlaient. Cela lui a paru étrange, et elle n'a pas osé le dire à qui que ce soit. En octobre 1935, elle se plaint toujours de *vertiges* et de plus de douleurs dans le ventre et sous les pieds. En décembre, elle va moins bien. Les crises de malaises ont augmenté et les céphalées pariétales droites aussi. Elle travaille avec beaucoup de peine. En janvier 1936, le Romberg est à nouveau positif avec rétropulsion. Elle se plaint toujours de douleurs dans les jambes et sous les pieds. Le réflexe patellaire gauche est toujours plus vif que le droit. Le 29 avril, une crise avec perte de connaissance précédée d'un malaise. En juin, elle souffre toujours de vertiges, de céphalées, de photophobie et de troubles de la mémoire. Le Romberg est toujours très positif et le signe de Monakov est positif à droite. Les réflexes tendineux sont plus vifs à droite aux membres inférieurs. La région pariétale droite devient douloureuse à la pression et à la percussion.

La mémoire de fixation, testée par l'épreuve de Rey, se montre très déficiente. *C'est seulement à la trentième répétition que le test est passé* (normal 1 à 5). La malade ne peut plus travailler du tout. Je propose alors à la Caisse Nationale un séjour en clinique pour examen complémentaire et trépanation éventuelle du côté droit, ce qui n'est pas accepté. C'est le 30 juin 1936 qu'elle me fait part spontanément des *hallucinations dont elle souffre depuis une année*. Elle le fait avec hésitation à cause de l'étrangeté des phénomènes. Dans la rue, les passants parlent d'elle. Ils disent : « Elle vient par ici, elle va par là ». Ils attendent dehors. Elle entend qu'ils crachent par terre. Ils lui envoient des sensations bizarres, des chocs dans la tête, ils cherchent à l'étouffer, à l'empêcher de respirer, ils lui donnent des crampes dans les pieds. Ils chantent en la narguant. Ils répètent des mots toujours les mêmes plusieurs fois de suite. Elle ferme alors sa fenêtre pour ne plus les entendre, mais ils viennent dans la chambre à côté ou sur le toit. On la traque, on la poursuit dans la rue. Des gens la suivent en grimaçant avec des drôles de figures, des visages noirs ou jaunes, qui roulent des yeux, prennent des photographies, lui crachent dessus, c'est la « traite des blanches », pense-t-elle. Ils ont sur eux de la poudre qu'ils lancent

à son passage ; les femmes lui lancent des parfums qui endorment, donnent des malaises et l'obligent à monter chez elle. Parfois ils disent des choses agréables, et les gens lui sourient.

Quand elle est dans sa chambre, elle *voit* fréquemment des couleurs où des formes humaines, des mains qui se tendent, des visions obscènes sont projetées contre le mur, surtout du côté gauche, c'est « comme un cinéma ». On lui fait voir sur un matelas, à sa gauche, un homme et une femme couchés. Les automobiles qui passent l'attirent comme un aimant, elle se sent poussée à entrer dedans, c'est comme un fluide. Une seule fois elle en a parlé à un gendarme qui lui a dit qu'il n'avait rien remarqué d'anormal. Elle est revenue à Genève en octobre 1938, après avoir fait un séjour à l'Asile de Perreux (canton de Neuchâtel). Le D^r Borel, directeur de cet Asile, a bien voulu me faire part de ses observations. L'état est à peu près stationnaire.

En résumé, une jeune ouvrière, sans hérédité mentale ni antécédents pathologiques, très appréciée de ses employeurs, subit un traumatisme cérébral grave, avec amnésie complète pendant une journée et apparition de symptômes méningés trois jours après. Dans la suite, elle présente un syndrome d'encéphalopathie traumatique très complet : céphalées, vertiges et troubles de l'équilibre, nausées et vomissements, insomnies, fatigue, troubles de la mémoire et du caractère, troubles sympathiques, photophobie, bourdonnements d'oreille, hyperthermie, dysménorrhée. Quatre mois après l'accident apparaissent des crises les unes ayant le caractère épileptique avec aura vertigineuse et les autres ayant le caractère cataplectique. Enfin, 18 mois après l'accident, se développe insidieusement un syndrome d'automatisme mental avec hallucinations auditives, verbales, visuelles, olfactives et sensitives.

Il convient de remarquer que l'amnésie consécutive au traumatisme a duré une journée entière, et que *trois jours après ont apparu des symptômes méningés avec une température de 38°2 et une mydriase*. Il ne s'est donc pas agi d'une commotion simple mais bien d'une lésion cérébrale. Grünthal a insisté avec beaucoup de raison sur ce point ; il admet qu'une perte de connaissance durant plus de 3 heures indique déjà l'existence d'une lésion cérébrale et non seulement d'une commotion simple (1).

(1) A la manière de voir que je développe ici il est instructif d'opposer la doctrine ancienne qui, systématiquement, éliminait le traumatisme de la causalité. Ainsi, en présence du cas que je viens de rapporter en détail, l'expert mandé par la Caisse Nationale Suisse d'Assurance en cas d'accidents a conclu que *le traumatisme ne jouait aucun rôle dans l'état nerveux et mental de la malade*. Pour lui, les symptômes post-commotionnels sont dus

L'apparition de symptômes cérébraux dits schizophréniques à la suite d'un traumatisme crânien, n'est plus pour nous étonner, depuis qu'on a mieux étudié les séquelles des traumatismes cranio-cérébraux. Nous connaissons maintenant des états hallucinatoires, non seulement tardifs, mais immédiats, ou survenant quelques jours après la commotion. Je les ai étudiés en détail dans le rapport que j'ai présenté au Congrès des Sociétés françaises d'oto-neuro-ophtalmologie à Bordeaux.

Les hallucinations olfactives, visuelles ou auditives, sensibles peuvent survenir immédiatement après le traumatisme et ne durer que quelques heures. Elles s'observent surtout après les chocs fronto-occipitaux. Elles ne sont pas rares, mais les blessés n'aiment pas à en parler spontanément.

Mais les états hallucinatoires peuvent ne survenir que quelques jours ou quelques semaines après le traumatisme et durer plusieurs mois. Ils sont accompagnés parfois de mouvements forcés complexes (opisthotonos, enroulement autour de l'axe longitudinal), traduisant la désintégration des fonctions aussi bien au niveau de la sphère sensorielle qu'au niveau de la sphère motrice. J'ai observé deux cas de ce type, dont l'un présentait des hallucinations micropsiques ou lilliputiennes.

Les troubles de la sphère sensitive peuvent apparaître à la suite des traumatismes cérébraux sous la forme de troubles du schéma corporel (négation d'organes, sentiment de dépersonnalisation). Mapother a insisté également sur les mécanismes schizophréniques apparaissant après les commotions cérébrales, au moment de la disparition des phénomènes commotionnels.

D'autre part, l'évolution tardive des syndromes hallucinatoires post-traumatiques ne peut plus non plus nous étonner. On sait maintenant que la cicatrice d'une lésion cérébrale traumatique est une maladie évolutive qui peut durer non seulement des mois mais des années. Nous avons appris à connaître depuis quelques années les états parkinsoniens évoluant tardivement au milieu des signes d'encéphalopathie traumatique. Nous connaissons également l'évolution tardive des états démentiels post-

à la « névropathie », les crises épileptiformes sont dues à la fatigue, au retard des règles, à une éruption d'acné, à une bacillose pulmonaire (qui s'est révélée inexistante), et le syndrome schizophrénique est purement endogène. Il est dû uniquement à la prédisposition de la malade. Forte de ce rapport, la Caisse Nationale n'a alloué à la blessée qu'une somme minime (370 francs) en tout et pour tout, alors qu'elle est totalement incapable de travailler, et probablement définitivement.

Cette manière de voir est contraire à toutes nos connaissances actuelles ; de plus elle heurte le bon sens et le sentiment de justice et d'humanité.

traumatiques. Il n'est donc pas étonnant de voir également apparaître tardivement des syndromes hallucinatoires et schizophréniques (1).

Mais le problème doit encore être abordé par une autre méthode. Etant donné la rareté de ces cas de schizophrénie traumatique, par rapport au nombre considérable de traumatismes cranio-cérébraux, on peut se demander, lorsque les symptômes schizophréniques n'apparaissent que plusieurs mois après le traumatisme, s'il ne pourrait pas s'agir d'une simple coïncidence : une schizophrénie endogène apparaissant, par hasard, quelque temps après un traumatisme crânien.

Les recherches statistiques faites par l'école de Munich sont venues répondre dernièrement à cette objection. Bruno Schultz a montré que les frères et sœurs des malades atteints de schizophrénie sans cause connue sont atteints de la même maladie dans 8,3 % des cas. Par contre, les frères et sœurs des schizophrènes avec traumatisme cérébral antérieur à la psychose ne sont malades que dans 2,9 % des cas. *Cette différence, bien supérieure aux causes d'erreurs possibles, marque l'influence déterminante du traumatisme sur la schizophrénie dans un certain nombre de cas.*

Après avoir recherché par plusieurs procédés la proportion des schizophrènes apparaissant dans une population (hommes de 20 à 50 ans), Mayer-Gross et Feuchtwanger en fixent le taux à 0,37 %. Dans leur statistique, portant sur 1,554 blessés de guerre, les deux mêmes auteurs trouvent 1,7 % de schizophrènes

(1) Nous avons exposé l'état actuel de la question des suites nerveuses et mentales des traumatismes cranio-cérébraux dans les travaux suivants : Traumatismes et syndromes parkinsoniens (avec F. Naville). *Ann. de Méd. légale*, avril 1932. Hématome sous-dural post-traumatique (avec R. Fischer). *Presse Méd.*, 4 oct. 1933. L'étude objective des troubles de la mémoire consécutifs aux traumatismes cérébraux. Les démences traumatiques progressives. *VII^e Congrès int. Médecine des Accidents*, Bruxelles 1935. Les aphasies traumatiques. *Arch. Suisses Neurol.*, 1936. Un cas de parkinsonisme traumatique. *Congrès Aliénistes français*, Zurich, 1936. Les troubles nerveux et mentaux consécutifs aux traumatismes cranio-cérébraux. *Rev. Méd. Suisse Romande*, 25 nov. 1936. Les hématomes de la dure-mère. *Rev. Neurol. Nov.*, 1937. La prédominance unilatérale de la direction du nystagmus provoqué. Son importance dans les expertises des commotionnés (avec E. Barbey). *Ann. d'Oto-Laryngol.*, janvier 1938. Le syndrome vestibulo-visuel pariétal d'origine traumatique. *L'Encéphale*, février 1938. Syndrome pariétal avec mouvements forcés complexes et hallucinations visuelles (avec R. Broccard). *Arch. Suisses Neurol.*, 1938. Diagnostic et traitement des hématomes de la dure-mère. *Paris Méd.*, 1^{er} oct. 1938. Les névroses survenant après les traumatismes cranio-cérébraux. Nécessité d'une révision de la question. *Arch. Suisses Neurol.*, 1938. La doctrine de la névrose traumatique entraîne des erreurs judiciaires. *Journal Suisse de Méd.*, 1938. p. 1168.

soit *quatre fois plus que dans la population*. Pour les 23 cas qu'ils décrivent, c'est dans le courant de la deuxième année que la schizophrénie éclate dans la majorité des cas. C'est ce que nous avons observé dans notre observation 3. Enfin, Mayer-Gross et Feuchtwanger ont remarqué que 5 cas sur 22 sont accompagnés de *crises épileptiformes*. On sait la rareté extrême de l'association schizophrénie-épilepsie, puisque c'est précisément sur cet antagonisme que Meduna a fondé sa thérapeutique convulsivante de la schizophrénie. Il y a donc, dans cette forte proportion, encore une preuve que la schizophrénie, comme l'épilepsie, est alors causée par le traumatisme. Les cas de Giaconia, Le Guillant et Maréchal, notre observation 3, nous ont montré l'association des deux syndromes.

A notre avis, on doit compter comme symptômes de transition (Brückensymptom) non seulement les crises épileptiformes mais également les signes d'encéphalopathie traumatique habituels : céphalées, vertiges, troubles de l'équilibre, de la mémoire, du caractère, comme c'était le cas dans notre observation 2.

En résumé, *dans l'état actuel de nos connaissances, un rapport doit être admis entre le traumatisme cérébral et la psychose quand il n'y a pas d'hérédité et quand des symptômes de transition existent entre l'accident et l'apparition des signes schizophréniques.*

BIBLIOGRAPHIE

- BERTCHINGER et MAIER. — *Zeit. Neurol.*, 49, 1919.
 BERTOLAMI. — Congrès Soc. ital. Psych. Sienne, 1933 (cité d'après Giaconia).
 BONDI (G.). — *An. Osp. psych.*, Perugia, 29, 1935 (Ref. in *Zentralblatt.*, 83, p. 93).
 BONNER et TAYLOR. — *Ann. J. of Psychiatry*, 92, 763, 1936.
 DE CRAENE. — *Ann. Med. légale*, juillet 1936.
 D'ORMEA. — (Cité d'après Giaconia).
 FEUCHTWANGER. — *Die Funktionen des Stirnhirns* Berlin, 1923.
 FEUCHTWANGER et MAYER-GROSS. — *Schweiz. Arch. Neurol.*, XLI, 1938.
 FONTANA. — *Res. Ann. Med. Psych.*, nov. 1936.
 GIACONIA. — *Schizofrenie*, 4, 1935.
 GORDON. — *An. Med. Psychol.*, 93, vol. II, 715, 1935.
 HAMEL. — Discussion. *Ann. Méd. Psychol.*, janvier 1935.
 LE GUILLANT et MARÉCHAL. — *Ann. Méd. Psychol.*, janvier 1935.
 LEVISON. — *Acta neurol.*, 8, 79, 1933.
 MAPOTHER. — *Brit. Med. Journal*, 1937, II, p. 1055.
 MAYER-GROSS. — *Bumke Handbuch des Geistes Krankheiten*, t. IX, p. 128 et 513.
 MORSIER (G. DE). — Rapport au Congrès de Bordeaux. *Revue d'Oto-Neuro-Ophthalm.*, avril 1938. *L'Encéphale*, février 1938.

- NELKER. — *Zentralblatt*, 80, p. 199.
- PAVLOVSKI et KROLL. — Ref. *Zentralblatt*, 81, 507.
- PFEIFFER (B.). — *Bumke Handbuch der Geisteskrankheiten*, t. VII, 1928.
- REITER. — *Acta neurol.*, 8, 101, 1933.
- RIAN (E.). — Ref. *Zentralblatt*, 81, p. 94.
- ROJAS NEIRO et José BELLEY. — *Arch. di Antrop. criminale*, 53, 1933 (cité d'après Giaconia).
- RONCATI. — *Schizophrenie*, 3, 1934.
- ROSANOFF, HANDY, ROSANOFF-PLESSET et BRUSH. — *Am. J. of Psychiatry*, sept. 1934.
- SANDS (I.). — *Am. J. of Psychiatry*, 92, 771-789, 1936.
- SCHILDER (P.). — *Am. J. of Psychiatry*, juil. 1934.
- SCHMITZ. — *Allg. Zeit. Psych.*, 99, 251, 1933.
- SCHNEIDER (K.). — *Nervenarzt.*, 8, 15 nov. 1935.
- SCHULTZ (Bruno). — *Zeit. Neurol.*, 143, 175, 1932.
- SCHULTZ. — *Allg. Zeit. Psych.*, 74, 1918.
- VERCELLI et FERRERO — *Bull. Soc. Piémont. Chir.*, 3, 701, 1933,
-

DE L'ANTAGONISME DU BIEN ET DU MAL DANS QUELQUES DÉLIRES

PAR

ANDRÉ SOULAIRAC et RENÉ SUTTEL

Les notions de Bien et de Mal ont toujours été parmi les concepts les plus difficiles à définir et les plus délicats à délimiter. Que la valeur du Bien et que celle du Mal aient subi des variations non seulement dans leur sens intrinsèque mais encore dans leur acception au cours des différents âges et dans les différentes morales et religions, cette notion est trop universellement connue pour que nous essayions même de nous y arrêter. Un seul point cependant, à notre avis, doit retenir l'attention : c'est leur antagonisme qui a toujours été et sera toujours invariable par définition.

Il nous a paru curieux de retrouver cette opposition élémentaire dans certains états délirants dont la structure même semblait devoir exclure l'un des deux facteurs antagonistes.

Nous avons réuni quelques observations assez typiques qui vont nous permettre d'étudier la façon dont joue cet antagonisme chez des persécutés, chez des mélancoliques, et chez certains délirants paranoïdes. Nous avons limité notre étude à ces quelques malades (mis à part les cas de psychose paranoïde), uniquement en raison du caractère bien tranché, ou centripète, ou centrifuge de leur délire. Nous pourrions ainsi mieux approfondir l'antagonisme délirant en dehors du « Moi normal » (1).

Délires de persécution

Les persécutés, qu'ils soient hallucinés ou simplement délirants sans troubles psycho-sensoriels, présentent au maximum

(1) Nous devons remercier MM. les Docteurs Beaudouin, Demay, Chataignon, Martimor et Vié, Médecins-Chefs de l'Hôpital psychiatrique de Maison-Blanche, de l'obligeance avec laquelle ils ont bien voulu nous autoriser à recueillir les observations des malades de leurs services.

ce phénomène d'antagonisme. L'influence nocive, mauvaise, représentée par la multitude des persécutions de tous ordres, après un stade plus ou moins long où elle demeure isolée, se trouve bientôt contre-balançée par un mécanisme inverse, qui va constituer le système défensif. Cette action protectrice s'exerce d'ailleurs par le même mécanisme que l'attaque, c'est dire la fréquence du processus hallucinatoire dans ces cas.

L'hallucination auditive, primitivement composée des injures classiques, l'agression physique et psychique se trouvent accompagnées de leurs antagonistes, voix encourageantes, voix de défenseurs, systèmes délirants permettant la neutralisation des actes agressifs. Tantôt d'ailleurs ces phénomènes demeurent absolument simultanés : c'est le cas des malades, décrits par des auteurs comme J. Falret, qui présentent la véritable hallucination bilatérale antagoniste ; une oreille est employée par les persécuteurs, l'autre permettant au défenseur de mettre en garde le malade et de lui prodiguer de bons conseils. Tantôt, au contraire, attaque et défense se succèdent à intervalles plus ou moins rapprochés et éminemment variables ; un jour les rayons émis sont nocifs, le lendemain ils serviront à compenser le mal commis, rayons malfaisants et bienfaisants se suivant sans systématisation possible.

Cependant, il est à remarquer que le mal est essentiellement la base du délire et que le bien ne fait que le suivre. D'autre part, l'influence bienfaisante est le plus souvent moindre dans sa force et dans son intensité que la persécution primitive, de telle sorte que malgré ce balancement à peu près harmonieux, la balance penche toujours du côté défavorable.

Il est des cas où, cependant, la bonne influence prend peu à peu l'avantage sur le thème du mal. C'est alors que l'on voit poindre l'ébauche de l'idée de grandeur. Le malade est gai, euphorique ; il manifeste une confiance absolue et même exagérée en la puissance de ses protecteurs, connus ou non, et ne tarde pas d'ailleurs à rejeter sur lui-même et sur sa propre valeur cette puissance protectrice.

Quoi qu'il en soit, l'apparition même du système antagoniste de défense au cours de l'évolution du délire de persécution est un signe à peu près certain de systématisation déjà très avancée et, partant, de chronicité certaine. Si donc, au point de vue médico-social, ce système défensif présente certains avantages tels que la diminution des réactions impulsives contre le ou les persécuteurs, par contre, au point de vue du pronostic strictement médical, c'est un symptôme fâcheux, montrant à quel degré est parvenu le délire.

Nous avons jusqu'à présent envisagé la seule éventualité où malgré un antagonisme entre un système du mal et un système du bien le malade demeure toujours activement mêlé à cette lutte continuelle. Une autre possibilité peut se présenter, qui marque alors un stade encore plus avancé de systématisation délirante. Nous voulons parler des malades qui, peu à peu, se sentent devenir en quelque sorte étrangers à cette lutte et n'en sont plus que les spectateurs. L'antagonisme devient un fait dont ils sont les témoins, témoins non pas indifférents, certes, mais dont la partialité est nettement orientée vers le succès de la défense. Ces malades rentrent dans le cadre décrit par Dide et Guiraud, sous le nom de « Manichéisme délirant ». Ce stade que nous croyons d'ailleurs relativement rare ne serait sans doute que le témoignage d'un début d'affaiblissement psychique se manifestant par une sorte de dédoublement de la personnalité.

OBSERVATION I (service du D^r Demay). — Mlle A. Charlotte, blanchisseuse, âgée de 42 ans, présente une psychose hallucinatoire avec idées d'influence et de persécution. L'automatisme mental est très actif. Nombreuses transmissions de pensées, principalement avec un de ses amis. Vol de la pensée, remarqué depuis qu'elle s'est mise à lire des ouvrages sur l'envoûtement et sur le spiritisme.

Les médecins se livrent sur elle à des expériences multiples et c'est à propos de ces idées de persécution que se manifestent les concepts antagonistes : il y a des bons et des mauvais médecins que la malade distingue très aisément sans même entendre leurs voix, uniquement par le genre de transmission de pensée.

« Il paraît que j'ai des yeux qui permettent de prendre ma pensée..., ce n'est pas intéressant d'avoir des yeux comme ça... Personne n'entend les paroles et on parle quand même. Il faut avoir un cerveau spécial. J'en ai un et on m'a dit que je pouvais m'en servir aussi... On peut se servir de ce moyen pour le bien comme pour le mal. Je sens quand c'est les bons et les mauvais qui parlent. Par une photo, ils arrivent à vous faire souffrir, en la froissant, c'est comme si c'était le cœur qu'on vous serre.

« A l'hôpital Broussais, on me travaillait la nuit, on me faisait des ponctions lombaires et des piqûres. Ils ont essayé de m'endormir en m'ankylosant et de me faire mourir. J'ai senti mon cœur arrêté, mais pas mon cerveau, heureusement. Tout cela, c'était sûrement pour faire des expériences. Heureusement, parmi tous ces gens, parmi les docteurs, tous ne sont pas des crapules. Les bons m'ont avertie par la pensée pour que je sois sur mes gardes, ça m'a permis d'éviter de servir d'expérience.

« A la clinique (Ste-Anne), j'ai eu aussi des rayons, mais ce sont plutôt des rayons pour guérir.

« Je n'ai jamais essayé de faire faire à quelqu'un ce que je voulais. Si j'essayais, ce serait pour le bien... Je transmets actuellement avec les docteurs de la clinique, mais uniquement avec les bons... »

Cette malade, euphorique malgré ses persécutions multiples, regarde toujours attentivement les visages inconnus et fait savoir rapidement qu'elle les classe, soit parmi les bons, soit parmi les mauvais.

Mlle A... présente un niveau de base intellectuel qui, même en dehors de son délire la rend très égocentriste et strictement utilitaire. Ses lectures sur le spiritisme et l'envoûtement ont été mal assimilées en raison de son instruction insuffisante. Elles ont néanmoins été utilisées dans une tentative d'explications de l'antagonisme délirant et sont la base d'un raisonnement qui, dans le fond, reste exclusivement égoïste.

Nous empruntons à MM. Leroy et Pottier un fragment d'une observation de « Délire systématisé de persécution et de possession démoniaque consécutif à des pratiques spirites ».

OBSERVATION II. — Le M... Aline, 38 ans, après la perte prématurée de son mari, s'adonne à des pratiques spirites, fréquentant l'Institut de métapsychique et se croit devenue médium. Après une période de six mois, où les communications avec le mari défunt se montraient tout à fait réconfortantes, la malade a l'impression d'un changement dans la nature de ses communications avec l'au-delà : « Elles deviennent plus terrestres. » Elle s'explique cette nouvelle manière de penser de son mari par « la poussée d'autres esprits inférieurs qui contraignent celui-ci à faire des communications dont il n'aurait pas eu l'idée ».

Son mari attire son attention sur un de ses voisins et semble la pousser à le prendre pour amant.

Bientôt, elle comprend que ce n'est pas son mari qui l'incite à commettre ces actes, mais que ce sont des esprits inférieurs et mauvais dont le fluide est plus fort que le sien. Peu à peu, les voix, et de son mari, et des mauvais, deviennent plus fréquentes et plus distinctes. Désormais, la malade a peu de répit. Elle entend, alternativement, les bonnes et les mauvaises voix. Parmi les bonnes, celle de son mari est la plus nette. « Les mauvaises voix » sont celles des démons. La voix de son mari l'avait avertie que c'étaient « les démons du rire et de la chair ». Les « bonnes voix » étaient lointaines et lui disaient : « Mets-toi à genoux et prie. » Mais les mauvaises voix étaient prépondérantes, nuit et jour. Elles étaient plus fortes que les voix des bons esprits, notamment celle de son mari, qui était douce, assourdie, lointaine.

Bien entendu, les mauvais esprits ne lui donnaient que de mauvais conseils, ne l'incitaient qu'à de vilaines choses. Ils avaient le pouvoir de la rendre euphorique. La bonne voix de son mari lui disait : « Prie

et ne ris pas. », ou bien encore : « Il ne faut pas rire, c'est ainsi que tu les attires. » D'autres fois, c'était la voix anonyme des bons esprits qui déclarait : « Le rire est sur la terre, mais dans le ciel on ne rit pas. » Tout motif d'hilarité qui se présentait à elle ramenait automatiquement les mauvaises voix. Quelquefois, les mauvaises voix prenaient l'apparence des bonnes, pour qu'elle leur prête attention. C'est ainsi qu'elles lui disaient : « Prie », et profitaient alors de son relâchement pour s'imposer à elle.

Les hallucinations auditives bonnes ou mauvaises n'étaient perçues d'abord que par périodes, elles devenaient ensuite constantes. Il arriva un moment où les bons esprits n'étaient plus capables de contrebalancer suffisamment l'influence néfaste des mauvais.

Elle en vient alors à des moyens de défense de plus en plus bizarres qui motivèrent son internement, à la suite d'un scandale dans son église.

L'antagonisme délirant a débuté ici par l'idée d'une influence favorable et ce n'est qu'au cours de l'évolution que les idées du mal sont apparues, ceci est vraisemblablement dû au fait que le délire de persécution a été précédé d'un délire de possession.

Le thème même de l'antagonisme est tout à fait en rapport avec les sentiments antérieurs de la malade : c'était une personne pratiquante et croyante et dès que s'est manifestée l'activité délirante, l'antagonisme a évolué sur le même plan. De plus, le niveau intellectuel était vraisemblablement assez élevé, ce qui explique le plan strictement intellectuel et métaphysique du délire.

Nous voyons ici que le début a été marqué par la prédominance de l'influence favorable, ce qui est assez rare. Ce fait est à rapprocher de l'euphorie un peu contradictoire que l'on retrouve assez souvent dans les délires d'influence.

OBSERVATION III (service du D^r Beaudouin). — Mme Cor., 46 ans, ouvrière, entre pour des troubles délirants cénesthésiques et auditifs, avec phénomènes d'automatisme mental, présentant un syndrome de psychose hallucinatoire. Le début récent s'est fait par une période prodromique d'anxiété. La systématisation demeure encore pauvre et assez imprécise.

La malade expose ses phénomènes délirants et hallucinatoires d'une façon euphorique et joviale, en manifestant cependant sur quelques points une certaine réticence : « ...C'étaient des chansons, des injures, un petit peu de tout, il y avait des voix d'hommes et des voix de femmes. Il y en a qui prenaient ma défense : quelquefois, elles se disputaient avec les autres, d'autres fois elles discutaient seulement. Il y en avait qui disaient qu'il ne fallait pas m'insulter : ce n'étaient pas les mêmes que les autres. D'après moi, c'est de la *préparation*...

Elles ne s'adressaient pas directement à moi, ou du moins pas souvent ; elles parlaient aux autres... Quand elles se disputent, je laisse faire, j'écoute et je rigole. Il y en a un qui me défend et qui a toujours été très énergique. Il disait à une autre voix : « Espère d'en....., tu ferais mieux de te taire. » Moi, ça m'a fait rire. Pour moi, tout ça c'est un mystère.

« Maintenant, les bonnes voix sont d'ailleurs plus rares. Mais les autres, aussi, me laissent tranquille. »

Ici, l'antagonisme se manifeste d'une façon particulière : d'une part, la malade garde encore le sentiment de sa personnalité antérieure, et d'autre part, subit les phénomènes d'antagonisme provoqués par la nouvelle personnalité délirante. Il subsiste, de ce fait, des manifestations critiques, qui s'extériorisent par des réflexions amusées et parfois pertinentes.

L'antagonisme se situe cependant sur un plan très utilitaire, ne se manifestant que dans un but de défense personnelle.

C'est dans un cas semblable que le pronostic reste hésitant : la malade va-t-elle peu à peu s'intégrer complètement au délire antagoniste et prendre part au combat qui se livre en elle, ou bien au contraire, va-t-elle devenir la spectatrice de plus en plus désintéressée d'une lutte délirante interminable ?

OBSERVATION IV (service du D^r Demay). — D. Léontine, femme B., 37 ans, entre à Maison-Blanche pour psychose hallucinatoire chronique, évoluant depuis environ deux ans et survenu, semble-t-il, à la suite d'un accouchement. Les phénomènes délirants sont très intenses et à thèmes de persécution et d'influence. Nombreuses hallucinations auditives. Prise de la pensée, actes forcés, interprétations multiples sur les mêmes thèmes. Tentative de suicide imposée par influence. Prédominance des préoccupations sexuelles et érotiques : « On veut qu'elle trompe son mari, on lui fait comprendre constamment, par des sensations voluptueuses et par des gestes. » L'antagonisme délirant se produit au cours des différentes manifestations de son syndrome d'automatisme mental :

« Je sais aussi qu'il y a le « pour » et le « contre ». Ce sont des gens que je ne connais pas, non plus, comme les autres. Ils disent qu'en provoquant une crise, ils m'obligeront à me soigner. Ils agissent pour moi, par les mêmes moyens que les autres. »

Les hallucinations de cette malade sont très élémentaires : ce ne sont que des bruits confus qu'elle interprète. Le délire est surtout constitué d'hallucinations psychiques.

Cette observation se rapproche d'une autre que nous citons plus loin (obs. VIII) par le but thérapeutique de l'antagonisme.

L'influence favorable provoque des phénomènes parfois pénibles mais la malade les accepte avec joie, comme un moyen thérapeutique.

OBSERVATION V (service du D^r Vié). — Mme L. Georgette, 36 ans, présente à son entrée un état délirant polymorphe remontant à plusieurs mois, où dominent l'excitation verbale, des éléments sub-confusionnels, et un syndrome hallucinatoire diffus avec idées floues de persécution. Elle répond mal aux questions, mais engage une sorte de dialogue dans lequel elle se tutoie et dans lequel elle traduit des idées d'influence, de persécution, de grossesse, de mauvaise conduite, des hallucinations auditives et cénesthésiques.

Nous ne citons du dialogue, parfois très incohérent, que ce qui semble la manifestation d'un début d'antagonisme. La malade, dans son dialogue, répond aux questions de sa voix habituelle, puis modifie son timbre pour critiquer à la deuxième personne ses propres réponses.

D. — Etes-vous souffrante ?

R. — Je ne suis pas très bien..., peut-être. — Oui, tu es complètement perdue.

D. — Qu'est-ce qui vous est arrivé ?

R. — Je ne sais pas, c'est une drôle d'affaire. — On t'a privé de tout. Tu les connais, tu ne citeras pas les noms. — Mais je peux bien citer n'importe qui. — Tu ne peux pas le dire. Tu ne dois pas citer M. V. — Mais je ne sais pas. — Tu sais tout et tu ne diras rien. — C'est peut-être M. V... dans Ch... — Tu cites des gens qui ne sont pas coupables.

D. — Etes-vous en bons termes avec votre mari ?

R. — Oh : il dit que je me saoule. — Tu ne peux pas citer ton mari, parce qu'il est « rouge », et toi, t'es « blanc ». — J'entendais des voix chez nous. J'ai reconnu... — Ne dis pas de noms. Tu ne les citeras pas. — Mais, si, je les citerai.

D. — Savez-vous où vous êtes ?

D. — Tu ne peux pas dire où tu es. — Si, je peux le dire.

D. — Buviez-vous beaucoup ?

R. — Je buvais du vin rouge, beaucoup de café. — Et du Pernod, tu ne dis pas que tu en buvais.

L'intérêt de cette observation réside, non pas en un antagonisme qui n'est qu'ébauché, mais en ce que le dialogue de la malade met en évidence un trouble primitif du délire. Dès le début des phénomènes pathologiques, affirmations et contradictions se sont manifestées, démontrant ainsi les perturbations fondamentales de la personnalité psychologique. Quelle est l'évolution de ces troubles ? N'est-ce là qu'un délire épisodique qui, très rapidement, va s'atténuer, ou bien, au contraire, ces

manifestations vont-elles se systématiser et évoluer vers un antagonisme hallucinatoire bien individualisé ? Il est à l'heure actuelle bien malaisé de le prévoir...

OBSERVATION VI (communiquée par le Dr Vié, malade présenté par MM. Vallon et Marie, au Congrès de Nancy, 1896). — M. L. Léopold, 76 ans, a été interné en 1896 pour délire hallucinatoire de persécution de teinte mystique.

C'est actuellement un vieillard d'allure respectable, à la barbe blanche, ne présentant aucun symptôme d'affaiblissement intellectuel. Interné à la Colonie familiale d'Ainay-le-Château depuis 1903, il a rempli tour à tour les fonctions d'employé d'économet pendant la guerre, et, depuis, celles d'employé de bureau.

L'étude de son délire peut se diviser en deux périodes : la première pendant laquelle les hallucinations auditives très actives, les persécutions multiples, influent sur son comportement. Le malade est intimement lié à son délire. Il est poursuivi par des mauvais esprits. Satan se met en révolte. Il se sert des idées révolutionnaires contre la terre, la France et la Ville de Paris, et lui, soutient la lutte contre Satan, qui lui parle tout le temps : « On s'insinue entre lui par les organes du cerveau. » Il voit Satan, des armées de femmes, d'enfants, de vieillards, ses voix lui parlent en français, en allemand (langues connues), et même en latin (langue inconnue), et il les comprend très bien.

« Le fonctionnement de mon cerveau, dit-il, pour raisonner, diriger mes actes, apprécier ceux des autres, est en opposition avec ma volonté de par la leur. »

Peu à peu, le malade déclare que les voix ne le gênent plus pour travailler et une seconde période commence où peu à peu L. va en quelque sorte se détacher de son délire et n'en devenir que le spectateur.

Avec l'âge, le malade a progressivement abandonné ses diverses occupations et maintenant, demeurant toute la journée dans sa chambre, il passe son temps à relater son délire par écrit.

Il recueille la lutte des esprits bons et mauvais qui se fait en lui. Il les voit. Ils traversent la chambre en troupes denses, colorées, et il montre d'où ils viennent. Ils sont aussi matériels que lui-même. Il peut les toucher. Ils forment un monde qui peut traverser le nôtre comme les rayons X traversent la matière. Il y a la vierge, les anges, Dieu et de l'autre côté Satan et ses séides. La fin du combat est proche. Il ne sait comment cela finira.

Cette observation, qui résume 40 ans de vie délirante, montre une évolution un peu particulière du délire de persécution. C'est là un cas de « Manichéisme délirant » typique, tel que l'ont conçu Dide et Guiraud.

L..., hébraïsant distingué, était un esprit cultivé et l'est demeuré malgré son délire. Il lit couramment l'hébreu et l'allemand et s'est toujours passionné pour les problèmes théologiques. L'évolution de sa psychose n'a provoqué chez lui aucun affaiblissement intellectuel ; sa culture générale, ses études antérieures, son intelligence vive expliquent facilement le plan métaphysique et très hautement intellectuel sur lequel a évolué son antagonisme délirant.

OBSERVATION VII (service du D^r Beaudouin). — Mme V. Flora, âgée de 47 ans, employée de bureau, ancienne institutrice, est internée avec le certificat suivant : « Délire de persécution hallucinatoire à base de cénesthopathie, de rapports sexuels téléradiesthésiques, de troubles sensoriels, olfactifs, gustatifs, auditifs. Intuition délirante. Tentative de suicide en 1934. »

La malade s'exprime avec facilité, écrit avec assez de style. L'intelligence est très bien conservée.

Les hallucinations sont basées sur un traitement radiesthésique pour un fibrome qu'elle a eu un peu avant sa ménopause.

« En février 1936, j'ai ressenti comme une influence bonne, parfois mauvaise. Quand elle était bonne, c'était comme si j'avais senti quelque chose en ma faveur, quand elle était mauvaise, c'était une influence inexplicable pour me faire quitter les miens. D'ailleurs, c'est tout à fait normal : quand on est malade et qu'on a un mauvais moral, quelqu'un qui a assez d'influence sur vous peut très bien vous remonter.

On remarque avant tout ici le niveau élevé du délire, qui conditionne le plan intellectuel de l'antagonisme. La malade donne une explication psychologique de ses troubles morbides et assimile l'influence favorable délirante à une suggestion semblable à celle qu'un individu normal pourrait donner à une personne démoralisée.

OBSERVATION VIII (service du D^r Beaudouin). — Ch. Louise, 48 ans, ménagère, entre avec le certificat : « Idées délirantes de persécution. Troubles cénesthésiques. Préoccupations hypocondriaques. Rayons qui la frappent à l'estomac et au ventre. Etrangeté. Perplexité. »

Depuis que cette malade est dans le service, ses hallucinations cénesthésiques se sont partagées en deux catégories : les mauvais rayons et les bons rayons qui, tour à tour, agissent sur elle. « Ça continue comme avant sans être plus grave. On m'envoie des bons et des mauvais rayons. Les mauvais m'intoxiquent, les bons me désintoxiquent. Par moments j'ai le ventre gonflé et je sens des odeurs médicamenteuses.

« Pour le moment ce sont les bons qui me font probablement un traitement. C'est un courant faible qu'ils envoient par ondes douces. Les mauvais n'agissent pas beaucoup ces temps-ci ; c'est seulement quand il y a séance de cinéma. Là, ils se rattrapent et m'envoient dans le dos et dans le ventre des rayons qui brûlent et qui intoxiquent. »

Comme dans l'observation IV, l'antagonisme évolue sur un plan presque exclusivement thérapeutique. Cependant, cette malade semble avoir un niveau intellectuel plus évolué et une conscience assez nette de son état pathologique. Le délire hallucinatoire se trouve de ce fait assez limité, ce qui correspond vraisemblablement à l'importance minime des troubles de la personnalité. L'antagonisme ici joue presque uniquement sur le plan cénesthésique.

Délires mélancoliques et états obsédants

Le mécanisme de cette lutte entre les principes du Bien et du Mal est complètement différent chez les mélancoliques. Ceci n'est d'ailleurs pas pour surprendre lorsque l'on songe aux différences profondes qui existent entre la psycho-pathologie du délire de persécution et celle de la mélancolie.

Comme l'a dit Séglas, le mélancolique ne présente pas d'idées de défense : il n'est pas attaqué, il n'a pas besoin d'être défendu. Il est perdu, il est condamné d'avance. Le mal vient du malade lui-même, il a l'impression que c'est lui la cause première de ce principe mauvais. Presque automatiquement, et sans que cela se manifeste nécessairement de façon immédiate par un comportement délirant adéquat, le malade a conscience de l'antagonisme profond qui existe entre sa personnalité antérieure, normalement bonne, et son nouveau « Moi », source de mal. Plus ou moins nettement, tout mélancolique se trouve dans cet état psychologique.

Ce n'est pas cependant cette catégorie de malades que nous avons l'intention d'envisager au cours de cette étude : l'antagonisme entre le bien et le mal n'est chez eux que rarement extériorisé. On ne le rencontre vraiment bien individualisé qu'au cours de mélancolies particulières, revêtant d'une façon assez intense la *teinte mystique*. Nous voulons parler principalement des délires où le thème de possession peut donner libre cours à l'extériorisation d'une lutte entre deux principes moraux complètement opposés dans leur essence.

D'ailleurs, dans ces délires de possession mélancolique, dans

ces délires de démonopathie, dont les plus belles observations datent déjà d'un demi-siècle, une autre restriction s'impose encore : il ne s'agit pas de délires démonopathiques externes, qui rentrent alors exactement dans le cadre même du délire de persécution ou même d'action extérieure, et par leur structure, et par leurs divers mécanismes psychologiques. Nous voulons parler des démonopathies internes. Ce sont les délires de possession mélancolique où le malade assiste en lui-même à la lutte de deux principes, le Bien et le Mal, qui, simultanément ou à tour de rôle, se font jour au dehors. Cette extériorisation se présente le plus souvent sous la forme d'actes prétendus mauvais que le malade se reproche amèrement, beaucoup plus rarement sous la forme de bonnes actions. Et malgré ces alternatives de comportement intime, bon ou mauvais, le fond psychique reste essentiellement un état de dépression, de douleur morale. Lorsque l'acte est prétendu mauvais, le malade s'accuse amèrement de sa faute, et lorsque l'acte est bon, il reste inquiet de l'action suivante qui, d'après lui, sera certainement exécrable.

Ces délires, malgré certaines divergences, restent donc essentiellement mélancoliques. La teinte affective de l'individu demeure constamment la tristesse. La seule différence avec la mélancolie délirante ordinaire est due au fait que le pouvoir d'introspection du malade est encore plus pénétrant que dans le délire simple et lui permet d'entrevoir consciemment ce qui, dans l'autre cas, se passe inconsciemment. L'apparition de cet antagonisme dans le champ de la conscience suffit à motiver son apparition dans le fond du délire.

Nous retrouvons chez Baillarger un extrait d'une observation de mélancolique qui montre clairement de quelle façon joue l'antagonisme délirant dans ces états instinctivo-affectifs.

« Un homme de lettres, atteint de mélancolie, passe une nuit presque entière à cheval sur le parapet d'un pont, et il ne cesse d'entendre deux voix, très distinctes, dont l'une lui conseille de se noyer et dont l'autre cherche à le rattacher à la vie. Cette dernière fut la plus forte, et le malade, qui avait été conduit là par une pensée de suicide, renonça à son projet. »

Nous trouvons ici, sous la forme de ces deux voix hallucinatoires, l'extériorisation consciente du débat des sentiments qui se passe normalement et d'une façon presque inconsciente, chez tout individu normal, lorsqu'il est sur le point de prendre une décision importante.

Sans qu'il soit possible de les intégrer absolument dans le

cadre des délires mélancoliques, les possédés s'en rapprochent cependant par certains côtés. Non seulement la teinte affective revêt un certain caractère de tristesse, mais encore le mécanisme psychologique peut en nombre de points être comparé au processus mélancolique. Dans le délire de possession, le premier et le plus frappant des caractères est que l'organisme du patient paraît être envahi par une personnalité nouvelle, par une individualité étrangère. Il y a modification du comportement, des gestes, de la voix, et la voix nouvelle ne parle pas selon l'esprit de l'individualité normale, mais selon l'esprit de la seconde. Son « Moi » est le « Moi » de cette dernière et son contenu est opposé au caractère de l'individu normal. Même si celui-ci est dépeint comme bon et irréprochable, les paroles proférées par la voix étrangère dénoncent la plupart du temps une conduite grossière et crapuleuse, foncièrement hostile à toute idée reçue éthique ou religieuse.

Une observation de possession, qui donne une excellente idée d'ensemble de cet antagonisme absolu entre le « Moi » normal bon et le « Moi » nouveau mauvais, est celle que nous empruntons à F. von Baader (*Sämtliche Werke*, Leipzig, 1853). Il s'agit d'une paysanne bavarroise de 24 ans :

« ...En vérité, cette réaction satanique s'accroissait d'heure en heure et la somnambule qui, dans sa crise, parlait comme une sainte, s'exprima à l'état de veille ordinaire d'une façon assez mondaine et impie (commencement de la possession). La physionomie, les gestes, le ton de la parole exprimèrent au contraire la grossièreté et devinrent tout à fait étrangers à son caractère habituel. Elle était autrefois de bonne volonté et soumise ; elle se montra de mauvaise humeur, désobéissante et méchante. Le soir du 16 octobre, le caractère caco-démoniaque éclata dans toute son horreur par un rire hideux et glapissant. Le Docteur V... lui demande la raison d'un tel rire, à quoi elle répondit, d'une voix de ténor rude et cavernueuse, avec des gestes furibonds et un regard enflammé, qu'elle riait uniquement à cause de sa prompte conversion qui s'effacerait tout aussi vite, et elle se répandit en torrent de moqueries et d'insultes sur tout ce qui touchait à la religion et aux choses saintes.

« ...Si l'on avait jusque-là distingué en elle deux états : l'état de veille ordinaire et l'état de veille magnétique (somniaque), il fallait maintenant en distinguer trois : l'état de veille ordinaire, le bon état de veille magnétique, et le mauvais état de veille magnétique. La voix, les gestes, la physionomie, les sentiments étaient dans ces deux derniers états exactement comme le ciel et l'enfer. En particulier, les traits changeaient si vite qu'on pouvait à peine se fier à ses yeux et qu'on pouvait à peine reconnaître, dans l'accès satanique, la personne qu'elle était dans le bon sommeil magnétique... »

Cette observation se rapproche par certains points de celle du Père Surin, déjà cité par Séglas. La possession n'est plus seulement le fait d'une seule personnalité, opposée à celle du malade mais elle est le fait de deux individualités foncièrement antagonistes.

« Ce n'est pas, écrit le Père Surin, un seul démon qui me travaille, ils sont ordinairement deux, et l'un est Léviathan, opposé au Saint-Esprit... Or, les opérations de ce faux Paraclète sont toutes contraires au véritable et impriment une désolation qu'on ne saurait assez bien représenter... Je ne saurais vous expliquer ce qui se passe en moi durant ce temps et comme cet Esprit s'unit avec le mien sans m'ôter ni la connaissance de la liberté de mon âme, en se faisant néanmoins comme un autre moi-même et comme si j'avais deux âmes, dont l'une est dépossédée de son corps et de l'usage de ses organes et se tient à quartier en voyant faire celle qui s'y est introduite. Les deux esprits se combattent dans un même champ qui est le corps, et l'âme est comme partagée. Selon une partie de soi, elle est le sujet des impressions diaboliques et, selon l'autre, des mouvements qui lui sont propres ou que Dieu lui donne... Je sens que les mêmes cris qui sortent de ma bouche viennent également de ces deux âmes, et je suis en peine de discerner si c'est l'allégresse qui les produit ou la fureur extrême qui me remplit... »

Ajoutons que les confessions des « esprits possesseurs » sont presque toujours analogues. Il s'agit toujours d'aveux de culpabilité. Nous nous trouvons donc en présence d'une forme d'auto-accusation délirante qui pour être détournée n'en est pas moins très nette, et qui explique facilement la raison pour laquelle nous n'hésitons pas à rapprocher ces formes délirantes du cadre de la mélancolie.

Des phénomènes en tous points semblables à l'état dit de « possession » peuvent également se rencontrer dans certains dédoublements de la personnalité. Nous voulons parler des cas dans lesquels un individu a le sentiment qu'une autre personne pense et résonne en lui. Là encore, dans la majorité des cas éclate cet antagonisme brutal entre le bien et le mal, le bon étant toujours le « Moi » ancien, le mauvais étant le double, le nouveau « Moi ». Nous ne ferons d'ailleurs que citer ces phénomènes sans nous y attarder. Nous nous contenterons de relater une observation de Sollier (les phénomènes d'autoscopie, 1903) à ce sujet caractéristique :

« Je sens que l'on tire une personne de moi, comme si on allongeait mes membres pour en former d'autres... La personne est absolument

semblable à moi... Elle parle tout à fait comme moi, mais elle est toujours d'une opinion contraire.... Je la sens surtout dans ma tête, m'empêchant de parler pour dire le contraire de ce que je pense. Cela persiste des journées entières et m'exaspère quand je suis obligée de parler avec quelqu'un. »

Nous ne pouvons passer sous silence une classe de malades qui, bien que n'étant point des délirants, sur certains points se rapprochent des mélancoliques. Ce sont les *obsédés* dont le substratum constitutionnel est l'anxiété.

Dans cet état de lutte douloureuse, d'hésitation morbide, l'antagonisme revêt un aspect parfois suraigu.

La folie du doute, par exemple, n'est-elle pas un continuel débat moral entre un sentiment favorable et un autre mauvais. Le mécanisme de cet antagonisme consiste dans l'opposition morbide qui se fait entre un sentiment normal, une velléité d'acte normal et le contraire ou sa négation. Chez beaucoup d'obsédés, l'obsession est constituée par la crainte d'avoir commis un acte répréhensible, contraire à la morale et opposé à leur comportement normal.

A ce point de vue, nous pouvons admettre avec Ségla qu'il existe chez les obsédés, un trouble de la conscience personnelle. Même chez l'obsédé qui se rend compte de son état, il y a, à l'état latent, une sorte de division de la conscience, qui va éclore sous la forme de l'antagonisme lors de l'idée obsédante.

Admettre cette division latente de la conscience personnelle, ce début de désagrégation psychologique, c'est expliquer en partie comment certains obsédés peuvent passer de l'idée obsédante à l'idée délirante et s'engager peu à peu sur la voie des délires systématisés. C'est d'ailleurs parce que nous admettons avec Ségla l'évolution possible de l'obsession vers le délire que nous avons rapidement envisagé ici l'antagonisme dans l'idée obsédante. Nous citerons à ce propos une observation de cet auteur, qui nous a paru très caractéristique, car d'une part elle montre un cas d'obsession par contraste avec un antagonisme psychologique très net et que d'autre part cet état s'est peu à peu transformé en un antagonisme proprement délirant.

« Mlle J. présente, depuis l'âge de 18 ans, des obsessions de doute sous forme d'interrogations, recherches métaphysiques. Plus tard, idées obsédantes à forme de contraste : manie blasphématrice, impulsions à blasphémer en priant à l'église, à frapper les personnes qu'elle aime le mieux ; doutes sur l'exécution de ses diverses impulsions. A l'âge de 24 ans, Mlle J., qui jusque-là avait eu pleine cons-

science de ses obsessions, arrive à les considérer comme le fait d'un mauvais esprit. Elle qui disait auparavant en s'analysant très justement : « C'est comme s'il y avait en moi une seconde pensée qui me contredit toujours et me pousse au mal quand j'ai l'idée du bien », finit par se croire réellement le jouet d'un être malfaisant, d'un démon qui la possède, s'oppose à tous ses actes, l'inspire et la dirige à son gré, et sa conviction est telle qu'elle ne voit plus de secours que dans l'exorcisme. »

Délires paranoïdes

L'antagonisme délirant entre un principe bon et un principe mauvais peut être également observé au cours de l'évolution des délires paranoïdes, ce ne peut être d'ailleurs qu'une manifestation en tous points semblable à celle que l'on rencontre dans les délires chroniques de persécution. Le malade a l'impression qu'en face de ses persécuteurs se dressent des protecteurs, se chargeant de le défendre et le réconfortant sans cesse.

Parfois l'antagonisme délirant revêt un tout autre aspect. Ce n'est plus une opposition entre un persécuteur et un protecteur, mais cela devient un véritable antagonisme intellectuel. A chaque idée du malade, à chaque concept, correspond automatiquement et presque immédiatement, une idée négative, à l'opposé de la première. Ce phénomène se produit pour des idées d'ordres très divers, mais il est remarquable cependant, que la plupart du temps, il se limite à une sorte d'*opposition systématique entre des sentiments moraux ou esthétiques*.

Dans ces cas-là, d'ailleurs, nous croyons pouvoir invoquer un mécanisme psychologique assez différent de celui que nous avons envisagé à propos des persécutés et des mélancoliques. L'antagonisme entre le bien et le mal peut être alors considéré comme une manifestation d'un phénomène général, l'ambivalence. Il acquiert, par la suite, une importance parfois considérable, en se révélant ainsi comme un des premiers symptômes d'un *début de désagrégation et de dissociation psychiques*. La meilleure preuve en est qu'il s'étend bientôt à l'ensemble des manifestations intellectuelles et très souvent se manifeste en dehors de toute activité délirante. Cependant, le fait même qu'au début, il ne se produit qu'au sujet de sentiments éthiques ou esthétiques, prouve que cet antagonisme présente également dans la psychose paranoïde un caractère qui permet de le rapprocher des antagonismes que nous avons déjà envisagés. Son extériorisation consciente, sa manifestation délirante est vrai-

semblablement le fait du processus de dissociation psychique, mais témoigne cependant que cet antagonisme préexistait auparavant dans le « Moi » du sujet à l'état subconscient ou inconscient.

OBSERVATION IX (service du D^r Beaudouin). — Mlle A. Dolorette, 17 ans, entre à l'Asile de Maison-Blanche avec le diagnostic de psychose hétérophrénique. Elle présente des idées confuses de persécution et de nombreuses hallucinations auditives. Mutisme et négativisme épisodiques. Attitude légèrement catatonique, maniérisme, rires et sourires discordants. Son délire présente à cette époque un substratum d'inquiétude à thème sexuel, elle a même fait un raptus anxieux avant son internement.

Les idées délirantes de persécution sont assez pauvres et mal systématisées et les explications qu'elle donne ont un caractère de puérité.

Tous les phénomènes hallucinatoires et tous les symptômes de l'autotisme mental traduisent un antagonisme fondamental dans le délire. « J'entendais comme de drôles de voix, dit-elle. Peut-être était-ce vrai, peut-être était-ce faux ? A mon idée, c'étaient des voix d'hommes. On me fait des compliments : « Tu es belle. », et des reproches : « Tu es orgueilleuse, t'es pas belle. » Par moment, on me menace : « On va te tuer, on va te f... en l'air. » Mais d'autres voix disent : « Oh ! non, laisse-la tranquille. »

Il y en avait toujours un qui disait le mal et l'autre qui disait le bien.

Ils jugeaient ce que je faisais : « Elle travaille bien », ou bien : « Elle est distraite, elle ne fait pas attention. » Ces différents phénomènes délirants antagonistes ne persistent d'ailleurs que quelques mois.

Ils rétrocedent peu à peu, s'estompent et font place à l'épanouissement d'un syndrome hétérophréno-catatonique classique.

Après deux ans d'internement, la malade demeure sans changement et à aucun moment n'a manifesté une nouvelle activité délirante extériorisée. Il ne reste qu'un fond d'inquiétude diffuse, qui s'accompagne par intervalles de menaces inconsistantes de suicide.

Ainsi, l'antagonisme présente d'emblée tous les caractères de l'ambivalence. La malade est parvenue presque immédiatement à un stade de dissociation schizophrénique tel que cet antagonisme se manifeste à propos de tous les actes de la pensée, et non plus uniquement sur les notions délirantes.

OBSERVATION X (service du D^r Beaudouin). — V. Madeleine, femme de chambre, 36 ans, entre à Maison-Blanche avec le certificat suivant : « Psychose paranoïde. Syndrome d'action extérieure. Pseudo-hallu-

cinations auditives, psychiques, cénesthésiques. Attouchements nocturnes. Systématisation sommaire. Antagonisme obsessionnel du bien et du mal. Débilité mentale. »

La malade présente un délire d'influence évoluant depuis plusieurs années et qui, ces temps derniers, s'est rétrospectivement accru dans sa durée et dans son étendue. Les troubles cénesthésiques et génitaux sont très intenses et la malade les explique par l'intervention d'« astrologues », divisés en « bons » et en « mauvais », et dont le but final est d'ordre thérapeutique. Elle a présenté également des idées passagères de suicide par influence. « Ils (les astrologues) me donnent des crises de désespoir affreux et me poussent au suicide en me disant que je dois aller au but. Cela durait comme cela des semaines entières, car je luttai contre eux. Ils me donnaient le dégoût de la vie.

Jusqu'à maintenant, ils ne s'étaient pas tous fait connaître. C'étaient les *mauvais* qui avaient le pouvoir. Mais, depuis quelque temps, ce sont les *bons*. Mais les bons disent qu'ils doivent être encore plus criminels que les mauvais, afin de détruire ce que les mauvais ont fait. Je le crois facilement, car, depuis deux ans, bien que je souffre beaucoup plus, je me sens plus lasse, et je sens aussi que mon mal s'apaise peu à peu... »

L'intérêt de cette observation réside en ce que le fond de débilité intellectuelle de la malade s'extériorise dans le délire. Pour expliquer l'antagonisme qu'elle ressent, elle fait appel à des notions enfantines et fantastiques : l'astrologie qui pour elle se rattache manifestement à des choses mystérieuses et du domaine des contes de fées.

D'autre part, la sédation partielle des troubles est liée au processus de dissociation psychique qui amène avec lui, peu à peu, un début d'indifférence et de détachement du monde extérieur.

OBSERVATION XI (service du D^r Demay). — Mlle O. Marguerite, 34 ans, de nationalité allemande, est internée pour la seconde fois avec le diagnostic de psychose paranoïde.

Le délire, inconsistant, est fait de conceptions extravagantes sur le monde extérieur. La malade éprouve le sentiment que le monde s'est modifié autour d'elle. Sentiment de dépersonnalisation, de transformation corporelle, d'agression physique et psychique. Il s'ajoute à ce thème quelques préoccupations de caractère racial et politico-érotique. Il y a conscience partielle du caractère morbide des conceptions délirantes.

De multiples ambivalences se traduisent par le délire lui-même, où la malade se trouve continuellement en présence de contradicteurs dont l'un dit « pour » et l'autre dit « contre ».

Cet antagonisme est ainsi caractérisé par la malade : « Tout ce

que je pense est obtenu par une tierce personne, et jamais par moi. Quand je désire ou que je demande quelque chose, j'ai toujours le contraire. Il y a quelqu'un qui se met en travers de mes désirs... Partout, il y a toujours le « pour » et le « contre ». On veut faire quelque chose et on fait le contraire. »

Dans cette observation, que nous citons à dessein, l'antagonisme n'est déjà plus que de l'ambivalence. En plus, l'apparition des phénomènes de barrage l'empêche bien souvent de se réaliser. C'est d'ailleurs la coexistence du barrage et de l'antagonisme qui donne à la malade cette impression pénible de conscience morbide. Tantôt l'antagonisme se manifeste d'une façon absolue (et nous avons l'ambivalence) tantôt au contraire il se trouve décapité par l'arrêt brusque qu'est le barrage.

Essai d'interprétation psychologique

L'étude de ces cas d'antagonisme délirant entre le Bien et le Mal va nous permettre d'en analyser plus attentivement les modalités psychologiques. Mais, auparavant, il nous semble nécessaire de souligner la fréquence de ces phénomènes, principalement dans les délires les plus courants et aussi les mieux étudiés, les délires de persécution.

Morel est le premier auteur qui ait fait une mention spéciale de cet antagonisme. Il le considère comme un phénomène très commun mais qui passe le plus souvent inaperçu.

Carpentier, dans sa thèse en 1896, admet qu'il existe pratiquement chez tous les persécutés. En effet, dit-il, s'il n'est pas signalé plus souvent, c'est que, ou bien il n'est pas recherché systématiquement avec autant de soins que l'idée de persécution, ou bien que le malade n'avoue pas ses idées antagonistes, le plus fréquemment par suite de sa méfiance pathologique.

Sans admettre que ces phénomènes soient aussi constants, nous avons cependant pu remarquer qu'ils existent dans la majorité des cas. D'autre part, ils paraissent indépendants de l'âge du délire, et bien plutôt en rapport avec sa systématisation.

En général, l'idée de persécution s'extériorise assez facilement alors que l'idée antagoniste de défense est souvent exprimée après de multiples réticences. Cela semble dû à ce que les malades, confiants en leurs protecteurs et dans le principe favorable qui les défend et les soutient, ne tiennent pas à livrer ce qui a été jusqu'alors leur seul appui. Nous avons pu remarquer que, souvent, alors que le malade n'hésitait pas à exprimer pres-

que publiquement ses ennuis, il était par contre nécessaire de se trouver seul avec lui pour obtenir la révélation des phénomènes contraires et de substituer à l'atmosphère de la consultation médicale celle de la causerie confiante avec un interlocuteur compatissant.

L'intérêt de cette opposition envisagée dans ces quelques délires réside en ce qu'elle n'est qu'une manifestation d'un même antagonisme, retrouvé à chaque instant dans la vie normale. Que l'on observe le mécanisme psychologique de l'individu, ses actes intellectuels ou volitionnels, ses tendances, ses jugements, ses croyances, ses sentiments, ses sensations, tout porte l'empreinte de cette opposition universelle, qui fait qu'une chose n'existe qu'en raison de son inverse. Baldwin a dit : « L'évolution psychologique se fait toujours par des dualités, par des oppositions » et une opposition très importante de la pensée humaine, c'est l'opposition entre le Bien et le Mal.

Dès les premiers moments de sa vie instinctive, l'être se trouve sollicité par deux tendances de sens contraire. Ce ne sont alors que le Bon et le Mauvais, ébauche primitive du Bien et du Mal. Chez l'être inférieur, tout se limite aux lois élémentaires de la vie végétative : c'est la lutte entre la Vie et la Mort. Avec l'apparition des premières sensations conscientes, s'établit la démarcation entre le plaisir et la douleur. L'établissement des premiers jugements, de l'étape physiologique mène au stade moral. A cet instant débute pour l'individu un balancement entre le Bien et le Mal, balancement qui désormais accompagnera tous ses actes. Toute la vie de l'enfant est une continuelle alternative entre ce qui est bon et ce qui ne l'est pas, ce que l'on doit faire et ce que l'on ne doit pas faire, ce que l'on doit dire et ce que l'on ne doit pas dire. Ses distractions subissent même l'influence de ces deux tendances. Au début, les contes où se manifeste toujours un contraste violent entre le méchant et le bon, le laid et le beau, la beauté s'alliant toujours à la bonté. Déjà ces deux notions associées Beauté et Bonté sont un trait-d'union entre les sentiments esthétiques et éthiques de l'enfant. Puis ce sont les jeux qui amènent un nouvel élément d'antagonisme ; aux concepts éthiques et esthétiques viennent s'ajouter les notions d'ami et d'ennemi, de son camp et de l'autre, de poursuiveur et de poursuivi, premiers éléments de la vie sociale.

Les acquisitions et la vie scolaire ne vont que renforcer toutes ces tendances, en mettant continuellement le jeune écolier entre deux alternatives : la bonne ou la mauvaise note, le châ-

timent ou la récompense. A cette période, l'enfant porte désormais en lui tous les germes des tendances de l'individu adulte.

Si nous passons maintenant du plan du « Moi » normal à celui du « Moi » pathologique, nous comprenons tout de suite que l'antagonisme peut être le produit de plusieurs facteurs.

La première hypothèse qui peut être soulevée, et qui d'ailleurs se trouve vérifiée dans un certain nombre de cas, est que l'antagonisme est avant tout produit par l'opposition formelle qui existe entre les idées délirantes du sujet et sa personnalité antérieure ou normale. Le « Moi » normal et le « Moi » pathologique se livrent une sorte de combat d'influence, ou tantôt l'un, tantôt l'autre a l'avantage, ce qui explique aisément les diverses phases de l'antagonisme. C'est le cas en particulier du mélancolique dont la personnalité antérieure était bonne, honnête, d'éducation excellente et qui se croit destiné à faire le mal partout, à apporter le malheur avec lui et se juge le plus misérable des individus. Tout ce qui subsiste du « Moi » normal de l'être se révolte contre ces conceptions morbides et ainsi s'ébauche l'opposition entre le Bien et le Mal. Les alternatives de prédominance que nous envisageons entre les deux principes, suffisent à expliquer les phases d'abattement et d'espoir que l'on rencontre fréquemment.

Cependant, le plus souvent, l'antagonisme est entièrement délirant : le Bon et le Mauvais font tous deux partie intégrante du délire, c'est ce qui se rencontre principalement dans les délires de persécution. Deux points de vue peuvent être alors discutés : l'antagonisme est-il en continuité directe avec la personnalité psychologique normale ou bien au contraire en est-il totalement distinct. Cette question conduit obligatoirement à envisager la pathogénie des délires et plus particulièrement celle des hallucinations.

Si l'on admet une théorie mécaniste des délires, et qu'on les considère, selon la conception de G. de Clérambault, comme des troubles engendrés par des phénomènes élémentaires, l'antagonisme délirant n'a aucun point commun avec le « Moi normal ». Le délire est conçu par G. de Clérambault comme un ensemble d'idées délirantes cristallisant de façon tout à fait contingente et pour ainsi dire sans importance autour du syndrome nucléaire basal, constitué lui-même par des apports élémentaires positifs ou des phénomènes négatifs, directement liés aux inflexions du processus cérébral dont ils dépendent étroitement. Par ce fait, le délire ne paraît affecter avec la personnalité première du malade que des rapports de coexistence,

purement occasionnels. Les hallucinations et les idées délirantes qui en découlent ne seraient donc que des « épiphénomènes », des phénomènes « irruptifs ». Pour expliquer alors l'antagonisme, il faudrait admettre que l'hallucination est le produit d'une composante de deux éléments contraires et directement opposés, structure qui ressemble à s'y méprendre à celle du « Moi normal ». Il faudrait admettre également dans le mécanisme hallucinatoire une réaction inverse de caractère inévitable. Dans cette théorie anatomo-pathologique de l'hallucination, nous retrouvons donc des phénomènes d'antagonisme absolument identiques à ceux qui accompagnent l'évolution psychologique de tout individu. N'est-il pas contradictoire de prétendre unir simplement par les liens du hasard et de la coïncidence des phénomènes identiques dans leur nature, leur apparition et leur évolution.

Les théories considérant les délires comme des dissolutions plus ou moins partielles des fonctions psychiques paraissent beaucoup mieux répondre à la réalité des faits bien que demeurant encore dans le domaine des hypothèses. Le délire est en corrélation étroite avec toute la personnalité et Séglas disait déjà en 1889 : « L'hallucination, c'est déjà le délire. Ce n'est pas la peine de construire le délire après l'hallucination. »

Le délire est le miroir de la personnalité. De ce fait, il peut se concevoir comme entraînant une modification de la structure de la pensée, soit que cette pensée devienne plus affective (ou plus archaïque suivant le sens de Lévy-Bruhl), soit qu'elle se trouve modifiée dans les rapports de ses composants. Cette conception du délire permet de le considérer comme une « tranche » de la vie psychique totale. C'est admettre partiellement les théories de Jackson. Les illusions du malade, ses hallucinations, son délire, ne sont pas causés par la maladie, mais sont le résultat de l'activité de ce qui reste de lui, de tout ce qui existe encore de lui : ses illusions, ses hallucinations, sont son esprit...

Considérée sous cet angle, la notion d'antagonisme que nous avons mise en évidence au cours de certains états délirants, satisfait plus facilement à une explication psycho-pathologique. Le Bien et le Mal sont de ces « sentiments » qui, pour Janet, sont les régulateurs de l'action à tous ses degrés. Ils constituent la majeure partie des « phénomènes secondaires » qui règlent les conduites de l'individu, conduites à la fois individuelles et sociales. La pensée étant alors conçue comme une hiérarchie de conduites, le délire sera le bouleversement de cette hiérarchie.

Le délire permet l'extériorisation consciente d'une double synthèse mentale. Il crée une sorte de schisme partiel dans la personnalité, et ces deux tendances, le Bien et le Mal, étroitement unies à l'état normal, deviennent du fait de leur séparation, deux pôles antagonistes, entre lesquels évoluent les idées délirantes.

D'une part, se trouve le « Moi » qui cherche à rester Maître de sa personne, qui lutte pour conserver ses idées, et, d'autre part, un autre « Moi », une sorte de second individu qui s'empare de ses idées, les répercutant au dehors et les répandant à l'extérieur. De cette dualité, naît l'antagonisme, sorte de lutte, amenant comme des échanges d'idées, d'où demandes et réponses, conversation mentale. C'est dans ces cas que les hallucinations soutiennent le pour et le contre, reflétant ainsi les combats de la conscience.

Cette conception essentiellement psychologique de l'antagonisme délirant permet également d'introduire dans l'étude du délire la notion du « niveau de base ». Rappelons à ce sujet l'importance que M. Simon, M. Heuyer, ont attaché si justement à la notion de débilité intellectuelle. Selon eux, l'âge de 10 ans, « au point de vue pratique, psychologique et pédagogique, reste la limite entre la débilité intellectuelle et une intelligence même inférieure, capable de discerner la valeur bonne ou mauvaise d'un acte ».

L'antagonisme délirant ne peut en effet exister qu'avec un niveau de base suffisant pour permettre l'appréciation de l'opposition des sentiments. Ceci explique pourquoi chez certains malades l'antagonisme se situe sur des plans très nettement métaphysiques ou intellectuels, tandis que chez d'autres, de niveau mental moins élevé, le plan est déjà plus moral et plus utilitaire.

Enfin, chez d'autres, on peut constater que cet antagonisme se rapproche de plus en plus du plan physiologique à mesure que baisse le niveau de base. En quelque sorte, on pourrait de cette manière presque classer les délirants selon l'évolution de la notion d'antagonisme, cette notion elle-même évoluant suivant le schéma que nous avons précédemment indiqué.

Si nous rappelions tout à l'heure l'opinion de M. Heuyer sur le niveau de base intellectuel qu'il situe à l'âge de 10 ans, il nous faut cependant faire remarquer que son critère psychologique est déjà le témoignage d'une évaluation sociale de l'acte chez un individu qui commence à découvrir les conduites sociales. Entre l'apparition du jugement chez l'enfant et cette étape sociale, nous avons situé, au cours de l'évolution psychologique,

une étape égocentriste, période dans laquelle se manifestent déjà des sentiments antagonistes. Il nous faut admettre que l'antagonisme délirant pourra se retrouver également chez les individus dont le niveau de base sera l'équivalent de ce stade infantile. C'est en particulier le cas de certains délires peu systématisés chez des débiles, mais suffisamment cohérent cependant pour permettre d'y retrouver un antagonisme, quelquefois latent, entre ce qui est bon et ce qui ne l'est pas, ce que l'on peut dire et ce que l'on ne doit pas dire.

Nous avons jusqu'à présent considéré l'antagonisme délirant d'un point de vue presque uniquement psychologique et cela nous a permis d'émettre quelques possibilités sur la structure intime de la pensée délirante et sur un facteur nécessaire à l'éclosion du délire et qui le conditionne étroitement : le niveau de base.

Nous devons maintenant envisager un autre aspect de ce phénomène : c'est sa signification clinique considérée spécialement au point de vue évolutif et pronostic.

Tous les auteurs qui ont étudié ces manifestations de l'antagonisme délirant sont d'accord pour y voir un signe à peu près certain de chronicité.

Nous avons vu qu'il ne survenait que lorsque la personnalité normale du sujet avait subi une modification dans l'ordre des valeurs. Il semble donc inévitable que son apparition, témoignage de cette sorte de schisme partiel de la personnalité normale, soit aussi le témoignage de la profondeur du délire, c'est dire que, la plupart du temps, l'antagonisme délirant est d'un fâcheux pronostic.

Au point de vue social cependant, certains antagonismes peuvent, par une sorte d'antidotisme, neutraliser les réactions nocives, conséquence du délire. C'est là une sorte d'équilibre dans le déséquilibre, et, dans ces cas, l'antagonisme peut être d'un grand secours dans l'établissement d'une guérison sociale. Si les deux éléments antagonistes peuvent arriver à se contre-balancer, le malade, bien que toujours profondément délirant, pourra reprendre, au moins dans un milieu spécial tel que celui des colonies familiales, une vie au dehors sans que ses idées délirantes risquent de trop altérer son comportement.

L'antagonisme entre le Bien et le Mal n'est donc pas, à notre avis, un symptôme de hasard. C'est au contraire une traduction du trouble psychique qui sous-tend l'activité délirante, et, de ce fait, il peut acquérir une grande valeur à la fois dans l'explica-

tion de la genèse des délires et dans l'interprétation de leur pronostic.

BIBLIOGRAPHIE

- ARNAUD. — Délires systématisés. *In* Traité de G. Ballet.
- BAILLARGER. — Mémoire à l'Académie de Médecine sur les hallucinations, 1884.
- BALLET (G.). — La psychose hall.-chron. La désagrégation de la personnalité. *Encéphale*, 1913.
- CALMEIL. — *De la folie*, t. II, p. 60.
- CARPENTIER. — De la défense dans le délire de la persécution chronique. *Thèse Paris*, 1896.
- CLAUDE et MONTASSUT. — La compensation idéo-affective. *Encéphale*, 1925.
- DIDE et GUIRAUD. — *Sémiologie psychiatrique*.
- EY (H.) et ROUART (J.). — Essai d'application des principes de Jackson à une conception dynamique de la neuro-psychiatrie. *Encéphale*, 1936.
- FALRET (J.). — *Ann. Méd.-Psych.*, 1878, 1881, 1886, 6^e série, t. V.
- JANET (P.). — L'évolution psychologique de la personnalité, 1929. Les sentiments dans le délire de persécution. L'Amour et la Haine. *Journal de Psychologie*, 1932.
- LEROY et POTTIER. — Délire systématisé de persécution et de possession consécutif à des pratiques spirites. *Ann. Méd.-Psych.*, 1930.
- LEURET. — *Fragments psychologiques*.
- MALLET. — *Les obsédés* (Paris, 1928).
- OSTERREICH. — *Les possédés*.
- SÉGLAS et BESANÇON. — De l'antagonisme des idées délirantes chez les aliénés. *Ann. Méd.-Psych.*, 1889.
- SÉGLAS. — Dédoubllement de la personnalité et hallucinations verbales psychomotrices. *Soc. Méd.-Psych.*, 1889.
- Dédoubllement de la personnalité. *Arch. de Neurol.*, 1891, 2, p. 25.
- Les hallucinations et le dédoubllement de la personnalité. *Ann. Méd.-Psych.*, 1894.
- *Leçons sur les maladies mentales*. Paris, 1895, p. 778.
- *Sur l'évolution des obsessions et leur passage du délire*. Congrès Grenoble, 1902.
- SOLLIER (P.). — *Les phénomènes d'autoscopie*, 1903.
-

RECHERCHES SUR L'ACTION DU CARDIAZOL

PAR

W. STRYJENSKI et J. DRETHER

I. Sur la dose convulsivante minimum du cardiazol (1)

L'introduction de cardiazol dans nos ressources thérapeutiques pour le groupe des maladies schizophréniques a attiré l'attention des chercheurs sur cette substance qui avait éveillé seulement jusqu'ici l'intérêt des cardiologues et des pharmacologues. On a démontré, en effet, qu'en dehors de son action stimulante sur le système cardio-vasculaire, le cardiazol a — appliqué en doses beaucoup plus fortes que celles auxquelles nous ont habitués, pour cette substance, les ordonnances des médecins — une nette action convulsivante. Le mécanisme de cette action se précise de plus en plus ; Dreszer (2) a pu montrer, dans toute une série d'expériences sur les chats faites au laboratoire de Scholz, que l'action convulsivante du cardiazol résulte de son influence sur le système vasculaire du cerveau et tout spécialement sur celui de l'écorce cérébrale. Le mécanisme de l'apparition des accès convulsifs est alors bien semblable à celui que nous rencontrons dans la pathologie humaine.

Mais en plus des essais purement thérapeutiques dont la valeur est maintenant soumise à nombre de contrôles dans les cliniques du monde entier, on a commencé aussi à expérimenter sur les animaux pour rendre plus facile l'introspection plus profonde de certains phénomènes dus aux convulsions provoquées expérimentalement. Toutes ces investigations datent de peu ; les traités et les grands manuels ne les mentionnent pas encore ; ce sont seulement des laboratoires neuro-biologiques qui

(1) Travail de laboratoire de l'établissement neuro-psychiatrique de Kobierzyn près Cracovie ; médecin-directeur : Dr W. Stryjenski.

(2) Compte rendu du Congrès des psychiatres polonais, Poznan, 1938.

publient les résultats de leurs expériences dans ce domaine, expériences parfois très intéressantes. Pendant nos études sur l'influence de certains narcotiques corticaux et sous-corticaux par rapport au seuil de l'excitation convulsivante, nous avons entrepris une série d'expériences en utilisant le cardiazol pour provoquer des accès chez les lapins. Pendant nos recherches, nous avons pu observer que l'action convulsivante du cardiazol n'est pas stable sur un individu donné et qu'elle montre de grandes oscillations, ceci pour des raisons incompréhensibles jusqu'à maintenant. Il est clair qu'il faut connaître d'abord toute une échelle des oscillations par rapport à l'action « normale » du cardiazol pour pouvoir s'orienter vers des expériences plus compliquées.

Dans les lignes qui suivent, nous voulons communiquer les observations faites au cours de nos expériences dans lesquelles la convulsion cardiazolique joue un rôle capital. Le point de départ des expériences présentées ici a été l'impossibilité de tirer des conclusions assez justes et convaincantes de nombre de nos investigations. Les recherches dans ce domaine nous ont enseigné que la dose convulsivante minimum du cardiazol n'est pas stable et n'est pas liée aux conditions spéciales et essentielles pour l'expérience donnée, mais qu'elle dépend de beaucoup de conditions dont quelques-unes ont été mises à jour pendant nos études. La connaissance de ces oscillations est nécessaire et la négliger, c'est être conduit à des conclusions très souvent absolument fausses, aussi bien si elles sont tirées d'une seule expérience sporadique que si elles découlent même de toute une série d'expériences.

Les investigations ont été effectuées sur les lapins de diverses races, de diverses portées, de sexe et d'âge différents. Nous avons toujours commencé par préciser la dose convulsivante minima pour chaque individu et ensuite nous l'avons expérimentée pendant un laps de temps un peu plus long. Nous appelons dose convulsivante minima la quantité de cardiazol qui provoque presque immédiatement après son injection intraveineuse (à la veine auriculaire) une inquiétude, quelques secondes plus tard une crampe tonique et ensuite des accès cloniques. Tout l'accès dure de 90 à 150 secondes. Si seule l'inquiétude ou seules des crampes toniques abortives ont été observées, l'accès est jugé incomplet ; si cependant l'accès a duré plus que le temps susmentionné et surtout si, après l'accès, ont apparu des hémiparésies transitoires — durant jusqu'aux 30 minutes — nous devons arriver à la conviction que la dose minima a été dépassée.

sée. Ces expériences ont été faites dans l'ensemble sur 20 lapins auxquels il a été fait au total 365 injections de cardiazol ; la dose minima a été comptée en mg. sur kg. du poids.

Les résultats de nos recherches peuvent être classés comme suit :

L'organisme jeune a un seuil très bas par rapport à la dose convulsivante minima. La figure 1 montre ces phénomènes ; les recherches n'ont pas été faites sur les mêmes lapins, mais

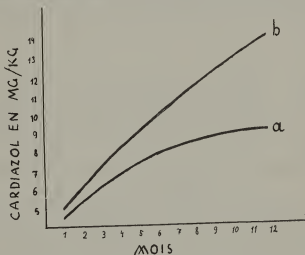


FIG. 1. — La courbe *a* indique une moyenne des doses minima (comparer à celle de la fig. 1 de la note suivante et plus spécialement dans le laps des six premiers mois) ; la courbe *b* une moyenne des doses mortelles minima.

nous avons choisi des lapins auxquels on a donné sporadiquement le cardiazol toutes les 2 à 3 semaines, et ceci pour éviter une accoutumance à cette drogue (voir les recherches suivantes). Les courbes ont été dessinées après avoir tiré la moyenne de toutes les expériences. Les doses convulsivantes minima sont bien plus basses que celles auxquelles nous pouvions nous attendre d'après le calcul des doses appliquées aux organismes jeunes suivant des procédés connus. En outre, la discordance entre la dose minima et la dose mortelle est, chez ces jeunes lapins, très limitée. Ce phénomène cesse lentement d'apparaître au bout de 6 mois de vie individuelle.

Pendant la carence alimentaire et pendant l'état de satiété, les lapins ont un seuil différent par rapport à la dose convulsi-

vante minima. Il est intéressant de noter que les lapins affamés sont plus sensibles à l'action convulsivante du cardiazol que ceux alimentés copieusement. Nous avons effectué de même ces expériences sporadiquement chez divers lapins et les résultats obtenus ont été comparés ensuite. La figure 2 montre l'exemple de trois lapins avec leur seuil différent de l'irritabilité cardiazolique dans les deux états décrits. La comparaison de toutes ces données quantitatives prouve, s'il s'agit des états de famine ou de ceux de satiété, des différences allant jusqu'à 2,5 mg./kg. de cardiazol pour le même individu.

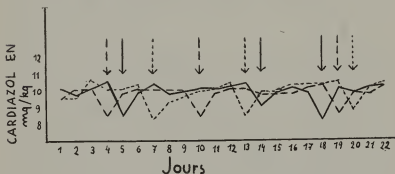


FIG. 2. — Ces expériences concernent 3 lapins différents, elles n'ont pas été effectuées en même temps par rapport à chaque lapin particulier. Chaque courbe indique une autre période d'expérimentation. Les flèches = jours de jeûne.

Certains jours, ce seuil, par rapport à la dose convulsivante minima, s'abaisse d'une façon évidente. Nous n'avons pu d'abord en découvrir la cause. Ce n'est que plus tard, et par pur hasard, qu'une hypothèse s'est présentée à notre esprit. Elle nous faisait penser que cet abaissement du seuil est lié à quelques perturbations atmosphériques. Plusieurs expériences, au cours desquelles cette hypothèse a été prise en considération, prouvent l'évidence des relations sus-citées. On peut remarquer que, pendant des jours « inquiets », jours de transition entre un type atmosphérique et un autre, la dose minima peut être abaissée. La figure 3 indique quelques-unes de ces expériences typiques. Même d'après les données tirées de toutes les expériences et comptées d'après la « n-méthode » de Dull (1), on peut se

(1) La méthodique est décrite dans la monographie de Rudder : *Météorobiologie*, 1938.

rendre compte que, pendant ces jours-là, la dose minima s'abaisse de 1,5 à 2,0 mg./kg. de cardiazol. Le caractère de ces jours n'est pas établi, on remarque l'abaissement sus-cité au cours de diverses transitions ; même la « n-méthode » de Dull prouve que cet abaissement semble ne plus être un phénomène accidentel.

Aussi, à part les conditions sus-citées, nous avons pu remarquer de temps en temps un abaissement ou une montée soudaine et inattendue du seuil de la sensibilité cardiazolique. Mais on n'a pas pu en déterminer, d'une façon stable, le pourquoi. Nous ne saurions dire si ces oscillations du seuil sont conditionnées

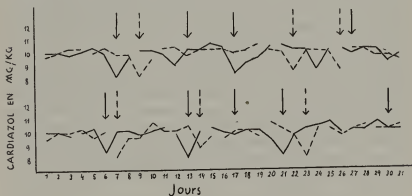


FIG. 3. — Ces expériences ont été effectuées sur 4 lapins pendant un laps de temps différent pour chaque lapin. Chaque courbe indique alors une autre période d'expériences. Les flèches = perturbations atmosphériques.

par l'application inexacte d'une méthode (que nous voulions d'ailleurs toujours appliquer d'une façon identique), ou bien par le nombre trop restreint de nos expériences, ou bien enfin par des changements instables de l'organisme du lapin donné, par des causes ne tenant qu'au monde extérieur.

Les conclusions théoriques peuvent être très intéressantes, mais — il faut l'avouer — de nature plutôt hypothétique. Les expériences citées ci-dessus indiquent plutôt les problèmes à analyser. L'abaissement du seuil de la sensibilité dans les organismes jeunes est, peut-être, conditionné par une irritabilité spéciale, propre aux êtres en croissance et surtout par une grande accessibilité de l'écorce cérébrale, accessibilité allant au-delà de ce que nous pouvons observer par rapport à ce domaine en étudiant les différences apparaissant pour d'autres organes. Ce

même phénomène, observé pendant la période de jeûne, peut être en liaison avec l'anémie, de même qu'avec une anoxémie cérébrale, provoquée par le jeûne prolongé ; l'action vaso-constrictive du cardiazol agit alors sur un terrain rendu sensible déjà par les effets du jeûne. Le troisième groupe de phénomènes est aussi fort intéressant. De même, il ressort nettement des recherches antérieures de l'un de nous (1), pour l'épilepsie humaine, qu'on peut remarquer une intensification des accès au cours de certains jours. Dans les recherches présentées ici, nous observons un abaissement du seuil dans les conditions semblables ; la coïncidence apparaît évidente. Il serait bien intéressant d'arriver à savoir si les accès cardiazoliques provoqués chez l'homme dans des buts thérapeutiques ont aussi des seuils différents de sensibilité et si ces différences du seuil se trouvent en rapport direct avec des facteurs météorobiologiques.

Nous ne voulons pas entrer ici dans des considérations doctrinales, ce n'est pas le but de cette communication. Nous voulons seulement souligner une fois encore qu'il est nécessaire de prendre en considération tous les phénomènes relatés dans cette note, sans quoi toutes les expériences sur les convulsions cardiazoliques, et surtout les conclusions qu'on en tirerait, seraient faussées ; pour effectuer nos expériences, nous devons nous en tenir toujours rigoureusement aux mêmes conditions.

II. Sur l'accoutumance des lapins au cardiazol

Dans la note précédente, nous avons étudié certains phénomènes au cours des expériences avec le cardiazol. Il en résulte que le seuil de la sensibilité cardiazolique n'est pas toujours le même et que, pour cette raison, il est nécessaire de se tenir strictement aux mêmes conditions pour effectuer une série d'expériences. Nous voulons communiquer ici les observations que nous avons faites lors des expériences ayant la convulsion cardiazolique pour point central. Le point de départ, pour envisager ce problème nouveau, était le fait qu'il existe des expériences n'aboutissant pas à des conclusions satisfaisantes. Des recherches spéciales nous ont prouvé, elles aussi, que la dose convulsivante minima de cardiazol n'est pas toujours la même et qu'elle est soumise à diverses influences dont quelques-unes ont été exposées dans une communication précédente. Il nous

(1) DRETLE : *Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie*, t. 103.

faut attirer l'attention ici particulièrement sur un fait et notamment sur l'accommodation du lapin au cardiazol. La prise en considération de ce facteur est nécessaire, car autrement — même si nous pouvons faire les restrictions mentionnées dans notre première note — il est facile d'aboutir à une interprétation fautive de certaines expériences ou de certains groupes d'expériences.

Dans la monographie, la plus complète que nous possédons sur la pharmacologie du cardiazol, Hildebrandt (1) dit qu'on n'a pas observé chez l'animal d'accoutumance par rapport à cette substance. Stender (2) est d'un tout autre avis ; il a pu prouver par ses expériences qu'au bout de quelques mois force a été d'augmenter, chez le même animal, la dose convulsivante minima, et cela souvent même trois fois par rapport à la première dose minima, afin d'obtenir le même effet convulsivant. Les autres expérimentateurs n'ont pas été attirés par ce groupe de phénomènes, ayant expérimenté — ainsi que les documents bibliographiques peuvent en témoigner — seulement sporadiquement sur des animaux. Dans nos recherches personnelles, nous nous sommes sentis obligés de nous occuper de ce problème. Et cela nous a amenés à des résultats assez inattendus, et qui nous ont fait prendre une position intermédiaire sur plus d'un point entre les opinions de Hildebrandt et celles de Stender.

De même que celles citées dans le travail précédent, ces investigations ont été effectuées sur des lapins de diverses races, de diverses portées, de sexe et d'âge différents. On les a effectuées sur 20 lapins pendant un laps de temps de 8 mois ; le cardiazol leur a été injecté dans l'ensemble 280 fois et ceci en comptant toujours en mg. sur kg. de poids du lapin. Nous avons considéré comme dose minima la dose qui provoquait, durant 90 à 150 secondes, un accès se manifestant par une inquiétude, des crampes toniques, un accès clonique sans parésies.

Les résultats de nos observations peuvent être résumés brièvement en deux groupes de faits.

Le premier groupe démontre que, si l'on injecte le cardiazol depuis la prime enfance à un lapin, il est très vite nécessaire d'augmenter la dose convulsivante minima (comptée sur le kg. de poids) pour pouvoir obtenir le résultat désiré. Il faut admettre que, dans ces expériences, il ne s'agit pas d'une petite dose

(1) HILDEBRANDT : *Handbuch der experim. Pharmakologie*, t. V, 1938.

(2) STENDER : *Münch. med. Wochenschr.*, 1937, t. II.

minima et « normale », comptée sur kg. de poids de l'animal, mais d'une vraie accoutumance pour cette substance. Les expériences de contrôle le prouvent d'une façon assez convaincante. Nous avons injecté sporadiquement aux lapins de contrôle jeunes et jusqu'à leur âge adulte, toutes les 3 à 4 semaines, des doses minimales et obtenu ainsi une courbe assez semblable à celle de la figure 1 de notre précédente note : Mais les doses minimales injectées quotidiennement aux lapins donnés, et ceci dès leur prime enfance et jusqu'à leur âge adulte, doivent être augmentées très vite pour provoquer les effets dus à une dose

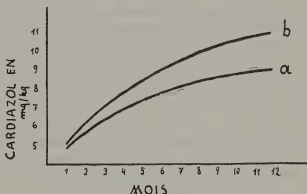


FIG. 4. — La courbe *a* indique une moyenne de doses minimales comptée pour les animaux jeunes (voir la fig. 1 de la communication précédente) ; la courbe *b* indique les doses convulsivantes minimales véritablement appliquées.

minima. Une courbe dessinée pour ces doses est extrapolée d'une telle façon que l'on est forcé d'admettre, en dehors peut-être d'autres raisons, le phénomène d'accoutumance (fig. 1). Si l'on injecte cette dose minima pour la première fois à un lapin déjà adulte, on ne peut observer que des différences minimales dans le seuil de la sensibilité cardiazolique. La dose augmente très insensiblement pendant une longue intoxication et, parfois, elle reste presque stable. On trouve même de temps en temps, pour le même lapin, des séries d'expériences où la dose minima semble diminuée. La courbe « a » de la figure 5 montre le phénomène décrit ci-dessus.

La seconde conclusion est plus inattendue, bien que théoriquement très intéressante. Il s'est avéré qu'il existe des races ou même des portées de lapins chez lesquelles la dose minima

reste toujours la même pendant une longue période d'expériences (v. les lignes précédentes). Mais à part ces espèces, il en existe d'autres encore qui s'accoutument très facilement au cardiazol et chez lesquelles on est obligé d'augmenter très vite la dose convulsivante minima, bien que cet accroissement ne soit pas arrivé dans nos observations au degré observé par Stender. Les expériences de contrôle effectuées par nous l'ont prouvé claire-

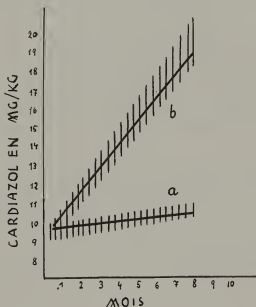


FIG. 5. — La courbe *a* indique la moyenne de doses minimales chez les lapins ne s'accoutumant pas au cardiazol ; la courbe *b* une moyenne de doses chez ceux qui s'accoutument. Les champs hachurés indiquent l'amplitude de doses convulsivantes minimales.

ment : il existe donc des races ou parfois des portées qui, dans leur ensemble s'accoutument très vite et d'autres qui, elles aussi, dans leur ensemble, ne s'accoutument nullement. On a observé, par exemple, des races d'albinos dont certains représentants nous ont servi à plusieurs expériences et n'ont pas témoigné d'accoutumance, tandis que la lignée de quelques coupes de lapins gris provenant d'ailleurs a prouvé, pour eux et pour leur portée aussi, une accommodation bien remarquable au toxique. La courbe « *b* » de la figure 5 montre cette accoutumance de toute une portée de ces lapins.

Les explications théoriques peuvent être intéressantes, mais elles dépassent les limites de cette communication. Pour quelle raison de jeunes individus s'accoutument-ils ? Il est difficile de le dire. Il se peut qu'à la base d'une explication puisse se trouver le phénomène admis et bien étudié de l'importance de la vasomotricité pour l'éclosion d'un accès convulsif ; il est possible qu'une action brutale pendant la jeunesse sur la vasomotricité cérébrale cause l'émoussement de la sensibilité en agissant en même temps sur l'élévation du seuil de la sensibilité du système vasomoteur. Mais l'existence d'autres phénomènes inconnus de nous est aussi admissible, telles, par exemple, les différences dans le métabolisme général des individus jeunes et âgés et la sensibilité spéciale du métabolisme pendant l'enfance. La seconde conclusion est encore plus difficile à commenter. Il se peut que nous ayons ici affaire à des caractères constitutionnels spéciaux qui se laissent apercevoir même à un bas degré de l'évolution d'espèces.

Les conclusions pratiques sont beaucoup plus simples. Il résulte de ces expériences que l'accoutumance pour le cardiazol est un fait prouvé et sûr, mais que cette accoutumance ne s'observe pas chez tous les lapins. La nécessité de prendre des précautions au cours des expériences et les réserves des conclusions qu'on en peut tirer sont bien explicables après les remarques qui précèdent.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du Jeudi 8 Juin 1939

Présidence : M. LAIGNEL-LAVASTINE, président

PRÉSENTATIONS

Polynévrite alcoolique avec maux perforants. Etat démentiel. Ictus. Syndrome pseudo-bulbaire. Hyperalbuminose rachidienne, par MM. L. MARCHAND et R. DUPOUY.

Au cours d'une affection mentale bien déterminée peut survenir une autre maladie neuro-psychique dont les symptômes viennent se combiner, s'associer aux premières manifestations cliniques et souvent il est difficile d'en préciser la pathogénie. Le cas suivant en est un exemple.

Gu., Louis, âgé de 41 ans, entre une première fois à l'Hôpital Henri-Rousselle le 21 avril 1925. Gardien de la paix retraité, il est alors surveillant dans un grand magasin. C'est un alcoolique chronique, grand buveur de vin (4 à 5 litres). Depuis un an, il émet des idées de persécution, souffre d'insomnie ou présente de l'onirisme avec éléments hallucinatoires : « ils le suggestionnent et il cause mentalement avec eux ; ils savent ce qu'il fait, et lui reprochent certains actes (masturbation) ; ils l'interrogent et il leur répond mentalement ». Il reconnaît certaines voix (anciens collègues, concierge, co-locataires), perçoit de mauvaises odeurs qui l'asphyxient en même temps qu'il

entend dire : « ça pue, ça pue ». Il s'inquiète du lendemain, autant pour les siens que pour lui-même, se montre violent par moments, frappe sa femme qui, d'ailleurs, se défend, d'où des cris et des scènes dont les voisins se plaignent.

Réflexes tendineux normaux ; tremblement des extrémités. T.A. 14/10. Pouls : 80. Urée sanguine : 0,20. Bordet-Wassermann négatif dans le sang.

Amélioration rapide, malgré la persistance relative de ses idées d'influence. Sortie le 3 mai.

Il rentre de nouveau à l'hôpital le 13 janvier 1928. Il a continué à boire, est redevenu persécuté, interprétant et halluciné : on fait du bruit exprès dans la maison, on veut lui faire quitter son logement, on le traite de fou. Il s'est battu avec un voisin, terrorise sa femme qu'il menace de mort ; il possède deux revolvers qu'il cache soigneusement.

Dans le service, il prétend qu'il y a eu de faux témoignages, qu'on a excité les voisins contre lui pour le faire partir ; il a entendu des bruits suspects, des allées et venues d'automobile sous ses fenêtres ; ce sont là des manœuvres louches ; tout le monde est contre lui : allusions à sa place d'inspecteur qu'il a perdue en août 1927 à la suite d'une dispute avec rixe, d'où révocation.

L'on note de l'inégalité des pupilles ; persistance des réflexes tendineux ; pas de myalgies mais tremblement très accusé des extrémités.

Bordet-Wassermann sanguin négatif. Urée sanguine : 0,29. Urines : albumine 0. Sucre : 2 gr. 26.

Guérison rapide. Sortie le 14 février.

Il est interné par voie d'office le 3 juillet 1937 avec le certificat suivant du D^r Heuyer : « Alcoolisme chronique. Polynévrite depuis 5 ans. Impotence. Signalé comme alcoolique invétéré. Actuellement encore odeur vineuse de l'haleine. Troubles du caractère. Scènes violentes. Scandale. Cris dans l'immeuble. Malignité ; sur le point d'être transporté à l'hôpital Henri-Rousselle, a voulu frapper l'ambulancière. Demi-hébétude, propos décousus, cynisme, indifférence. Abolition des réflexes tendineux. Atrophie musculaire. Atteinte des muscles du cou. Absence d'hyperalgie et de rétractions tendineuses. Polynévrite ou poliomyélite. Traces de contusions et de griffures sur les membres supérieurs. »

Il entre le 6 juillet à l'Asile Clinique, dans le service de l'un de nous. Il ne présente plus de confusion ; donne correctement ses nom, âge, date de naissance. Sait où il est et pourquoi ; sa femme a porté plainte contre lui au commissariat, on est venu le chercher et le conduire à l'Infirmerie Spéciale. Déclare être déjà venu deux fois à Henri-Rousselle, 8 jours la première, 3 semaines la seconde. Il buvait 3 à 4 litres de vin par jour ; il a commencé à boire dès qu'il a travaillé, en 1899. Il avait 15 ans. Depuis longtemps il ne dormait pas beaucoup et avait des cauchemars, et le matin des pituites.

Marié en 1911, il a eu de fréquentes disputes avec sa femme. Il l'a

menacée de son revolver ; elle le frappait. Gardien de la paix, il a été l'objet de plusieurs blâmes et dut prendre sa retraite proportionnelle en 1924. Il s'est occupé un peu durant 4 ans, puis a cessé tout travail, profitant de celui de sa femme et de son fils.

La femme complète ainsi les renseignements qu'il a donnés. Il est malade depuis 5 ans, troubles de la démarche. Depuis un an et demi, il marche difficilement ; il a continué ses excès de boisson (2 litres à 2 litres 1/2 par jour), mangeant très peu, menaçant les siens de son revolver ou de sa canne, refusant de se traiter. Impuissance sexuelle depuis 6 ans. Dysmnésie progressive, il ne savait plus la date, oubliait tous les événements récents, mais se souvenait des anciens. Fabulation. Troubles graves du caractère : il insulte sa femme et sa fille, bouscule celle-ci, les menace toutes deux de mort.

A l'examen, on constate l'atrophie musculaire des membres inférieurs. La marche est très difficile, il faut soutenir le malade pour qu'il puisse faire quelques pas ; les pieds et les orteils sont tombants, mais les mouvements des pieds et des jambes sont possibles. Réflexes tendineux des membres supérieurs faibles, rotuliens très diminués, achilléens abolis. Foie gros et douloureux. Tremblement de la langue et des doigts, pupilles égales et réagissantes. Ecchymoses multiples.

Il sort très amélioré tant au point de vue mental que physique le 28 novembre 1937.

G. rentre une troisième fois à l'hôpital Henri-Rousselle le 1^{er} mai 1939. Depuis sa sortie de l'asile il a naturellement recommencé à boire, jusqu'à 5 litres par jour de vin rouge. En juillet dernier, sa femme le quitte, la vie étant tout à fait intenable : injures, coups, menaces continues de mort. Elle revient cependant par pitié il y a deux mois ; il était devenu un véritable clochard, mangeait à la soupe populaire et buvait l'argent de sa retraite (plus de 6.000 francs par an). Il venait de faire une chute dans l'escalier (ictus avec hémiparésie droite et aphasie partielle transitoire).

A l'entrée il donne l'impression d'une profonde déchéance physique et intellectuelle. Il est désorienté, ne sait la date du jour, ne se rappelle pas celle de la fin de la guerre, tient des propos confus et même incohérents, se présente comme un dément artériopathique.

Examen neurologique : on constate, d'une part, des signes de polynévrite alcoolique (abolition des réflexes achilléens, myalgies, atrophie musculaire, parésie des mouvements d'extension des pieds et des orteils) ; d'autre part, des signes cérébraux du type pseudo-bulbaire, démarche à petits pas, exagération des réflexes tendineux des membres supérieurs, dysarthrie très marquée, sans aphasie ; dysphagie ; prédominance à droite des troubles paréto-spasmodiques, maladresse de la main droite, parésie faciale droite.

Urines : elles ne renferment ni sucre, ni albumine, ni acétone. Traces d'urobiline.

Sang : Bordet-Wassermann, Meinicke et Kahn négatifs. Urée : 0,71. Cholestérine normale (1 gr. 50).

Examen oculaire : pupilles égales. Réflexes conservés, mais le photomoteur est diminué. Acuité visuelle : 5/10*.

Papilles à contours légèrement flous ; on ne saurait toutefois parler de stase comme dans les fortes hypertensions intracrâniennes.

Pouls : 80. Pas de vertiges, d'éblouissements, de céphalée, de vomissements.

La tension artérielle est au Pachon de 24-13. Le foie est plutôt petit.

Enfin nous signalerons chez notre malade deux troubles que l'on n'a pas l'habitude de rencontrer dans les polynévrites, même pseudotabétiques (nervo-tabes polynévritique) : 1° l'existence d'un mal perforant plantaire au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil des deux côtés, apparu il y a deux ans ; 2° l'existence d'une formule pathologique du liquide céphalo-rachidien rappelant celle des tumeurs du névraxe : tension 80/55 ; albumine 1 gr. 20 avec Pandy ++ et Weichbrodt + ; leucocytes 0,2 ; benjoin 12222.20122.22100 ; élixir parégorique 22-2 ; Bordet-Wassermann et Meinicke négatifs (2 mai 1939).

Depuis son entrée dans le service, le malade accuse quelques troubles plus marqués ; il mange difficilement seul, renversant tout sur son lit. Le 10 mai, il a présenté un malaise en allant aux W.C. ; il est tombé et a vomi son repas ; il semble bien qu'il s'est agi d'un nouvel ictus vertigineux, non suivi d'hémiplégie.

Notre malade est atteint de polynévrite et de maux perforants plantaires. Or, Déjerine, tout en déclarant que les alcooliques, les diabétiques, d'une façon générale les artério-scléreux, sont comme les tabétiques, exposés aux maux perforants, ajoute que, dans la polynévrite, le mal perforant est tout à fait exceptionnel et que jusqu'ici (1914), son existence n'a pas été démontrée. Tinel ne le signale pas dans les polynévrites alcooliques (1917).

Notre sujet est atteint en outre de lésions cérébrales assez localisées pour se traduire par un syndrome pseudo-bulbaire, syndrome consécutif à un ictus avec hémiplégie droite transitoire et rappelant ce que l'on décrit parfois sous le terme de pseudo-paralysie générale alcoolique. D'après l'évolution de ce syndrome, nous avons pensé qu'il était en rapport, soit avec une gliomatose cérébrale diffuse ou avec des lésions d'artério-sclérose cérébrale (urée : 0,71 ; tension artérielle : 24-13). Mais les résultats de la ponction lombaire, consistant en une formule rappelant celle des tumeurs du névraxe, ne s'accordent guère avec ces diagnostics. Le diagnostic de tumeur cérébrale nous paraît peu probable (absence de céphalée, de vomissements). Peut-être, chez cet alcoolique chronique, s'agit-il d'un foyer hémorragique méningé intra-arachnoïdien en voie de résolution comprimant l'hémisphère gauche au niveau des régions motrices ; ces diverses hypothèses montrent les difficultés du diagnostic.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Je suis de l'avis de M. Marchand. C'est dans des cas comme le sien que l'encéphalographie est indispensable. Cette pratique est à la mode, certains médecins l'exigent pour la moindre céphalée. Aussi le service de neuro-chirurgie de mon ami et voisin à la Pitié, le professeur Clovis Vincent, ne suffit-il pas à exécuter toutes les ventriculographies qu'on lui demande de Paris et de la province. Mais chez le malade qui vient de nous être présenté, l'examen radiographique serait tout à fait indiqué.

Idées de transformation sexuelle et travestissement chez deux délirants chroniques, par MM. J. FORTINEAU, R. VERCIER, Charles DURAND et L. VIDART.

Nous avons l'honneur de présenter à la Société deux malades dont l'histoire clinique est comparable à de nombreux points de vue. Ils expriment tous deux depuis longtemps des idées de transformation sexuelle et sous une forme différente ils manifestent aussi une tendance au travestissement. Ce syndrome a été rarement signalé chez les véritables aliénés et les observations cliniques en sont assez peu nombreuses pour que ces deux malades méritent d'être l'objet de cette communication.

Le premier d'entre eux, M. B., âgé de 57 ans, est venu consulter à la Clinique pour une opération, particulièrement délicate, puisqu'elle vise rien moins qu'à lui faire changer de sexe.

Il dit — ce qui est exact — être envoyé par le Professeur Ombrédane.

M. B., de bonne famille alsacienne, n'a pas d'antécédents psychopathiques héréditaires. Son père est mort à 85 ans, sa mère est morte à 58 ans de congestion cérébrale. Il a deux sœurs bien portantes âgées respectivement de 67 et 55 ans. Il a un frère aîné curé d'un village des environs de Paris. Un frère missionnaire serait mort des suites de la guerre, enfin le malade aurait eu un frère jumeau mort peu de temps après sa naissance.

M. B. a été élève d'une école chrétienne jusqu'à l'âge de 10 ans. Puis a eu son certificat d'études à 11 ans. Il a exercé pendant 15 mois les fonctions de petit clerc chez un officier ministériel de Versailles, enfin est devenu employé de banque dans la même ville, et grâce à son habileté professionnelle et à son assiduité au travail est devenu successivement chef du portefeuille, puis directeur du mouvement des titres.

Il se marie à 26 ans, a 3 enfants respectivement âgés de 31, 30 et 23 ans, parfaitement normaux. Une fille serait morte de convulsions à 14 mois.

M. B. est mobilisé en 1914 comme infirmier à Limoges, mais comme il a peur « d'être traité d'embusqué » il demande à être versé dans le service armé. Envoyé à Paris puis à Verdun, le tout sans prévenir sa femme : on l'expédie comme infirmier dans un hôpital divisionnaire. A la suite d'un bombardement où plusieurs de ses camarades furent tués ou blessés, B. part « brusquement en permission » en déclarant à son médecin-chef que « tout le monde lui en voulait » et qu'on l'empêchait d'aller chez le Pape qu'il voulait solliciter afin de « faire cesser la guerre ». Rejoint son poste dans les délais normaux, s'y montre « très nerveux », finalement est évacué à la suite d'une fugue, à Bar-le-Duc (?), puis à l'Asile de Bron, en février 1918. Il y aurait présenté un épisode d'excitation violente avec refus d'aliments, incohérence, délire mystique et idées de persécution. Transféré à Fleury-les-Aubrais, il est libéré en février 1919 et reprend son travail dans une compagnie d'assurances au bout d'un mois. *C'est à cette époque qu'il aurait émis des doutes sur la nature de son sexe : « Je m'étais aperçu, en voyant mes camarades, que je n'étais pas comme tout le monde, que j'étais fait pour porter des jupes. C'est en profil que j'ai vu que je n'étais pas normal. »* Il consulte le professeur Landouzy qui essaie de le rassurer mais aurait écrit sur son cas un rapport qu'il n'a jamais vu (?)

Néanmoins si sa conduite dénote quelques singularités comme des achats massifs de fonds russes, des préoccupations d'ordre mystique un peu exagérées, une certaine tendance au jeu de mots (coq-à-l'âne), il remplit parfaitement les fonctions qui lui sont confiées par sa société ; il effectue même des opérations de bourse qui lui rapportent quelque argent et il gère à peu près sans contrôle le patrimoine familial. Il semble aussi qu'il continue à avoir des rapports sexuels normaux avec sa femme.

En 1933 : épisode anxieux, avec auto-accusations, idées délirantes d'empoisonnement, logorrhée incohérente, « il disait qu'il était changé en femme ».

Cependant il reprend son travail au bout d'un mois, mais il est obligé de donner sa démission parce que, dit-il, « il n'a plus la considération de ses subordonnés et l'estime de ses supérieurs ». L'état mental est tel qu'il doit être placé dans une maison de santé (à Sceaux de juillet 1934 à juillet 1935).

Depuis cette date il vit dans sa famille ordinairement calme mais présentant un certain nombre d'idées de caractère nettement pathologique.

Très optimiste il déclare qu'il va vivre jusqu'à 95 ans. A la suite de recherches généalogiques qu'il croit concluantes, il a adopté la particule et signe M. de B. Il est entouré de personnages illustres et tient à marier un de ses fils avec Joséphine Baker. D'autre part, il est persuadé que le préfet de son département ne peut se passer de ses conseils pour éclaircir la situation politique dans sa circonscription.

Mais ce qui prédomine c'est l'idée qu'il a d'un changement de sexe avec un stade obligatoire « hermaphrodite ».

D'où des anomalies du comportement : la recherche des vêtements féminins, l'achat d'un corset qu'il porte, dit-il, « pour avoir chaud », l'emploi de pommade pour faire pousser les cheveux et inversement des dépilatoires, enfin l'usage périodique de serviettes hygiéniques.

D'ailleurs c'est très convaincu qu'il se présente en nous disant : « Je suis un herma... » et qu'il nous demande de l'aider à franchir ce stade pour acquérir un type féminin parfait.

« Cela remonte très loin... dès ma conception, il y a eu un mélange « d'homme et de femme qui a été influencé par la lune, la séparation « doit avoir lieu quand j'aurai 60 ans, c'est-à-dire dans 3 ans. Tout « jeune je me suis aperçu que mes parties sexuelles étaient très peu « développées. Quand j'avais 7 ou 8 ans on m'habillait en petite fille, « un jour la verge s'est étendue, il en est parti un jet à 15 mètres. « A cause de cela je ne voulais pas être enfant de chœur. A 12 ans je « me sentais timide, et pour surmonter cette timidité je me suis pré- « cisément mis enfant de chœur, j'ai eu la même réaction, le soir j'ai « arrosé tout le lit, j'avais perdu mes forces et mes parties sont descen- « dues, mais j'avais encore du sperme.

« Comme c'est écrit dans le rapport Landouzy, les parties apparen- « tes, c'est-à-dire les testicules, doivent être rentrées, on doit faire « une entaille ici (montre son périnée), on fait ainsi l'ouverture de la « femme.

« D. — On vous fait un vagin ?

« R. — Non ! le vagin y est, il suffit d'ouvrir la porte, et c'est pour « faire cette opération que je suis venu vous voir. Je suis peut-être « seul dans mon genre, vous n'avez qu'à essayer sur moi. Ce ne sera « pas commode. Jusqu'à présent vous avez travaillé un homme et une « femme séparés, mais vous n'avez jamais essayé un homme et une « femme réunis ensemble.

« Du reste, si je n'étais pas venu vous consulter je serais allé consul- « ter le Docteur Bénès à Prague qui doit être Président de la Répu- « blique et médecin de ces cas là.

« Si j'avais été complet à ma formation j'aurais pu soulever un « poids de 60 kg., or je ne peux en porter qu'un de 35 kg.

« D. — Que ferez-vous quand vous serez femme ?

« R. — Je m'habillerai en femme naturellement, mais je n'irai pas « courir. Je serais susceptible de produire, d'engendrer, d'enfanter.

« Quand j'étais à Valincourt, j'ai fait le Thalmud des notaires, c'est « la glorification de Marie-Madeleine sous le nom de Jésus. C'est elle « qui a été crucifiée, ce n'était pas une femme entièrement formée. »

Il s'agit donc d'un sujet qui, à la suite d'accès périodiques, présente depuis plusieurs années un état de subexcitation permanente avec idées de grandeur, idées de transformation sexuelle et du travestissement partiel. Cette psychose s'apparente aux formes d'hypomanie délirante chronique et ressemble à certains cas de paraphrénie expansive décrits par Kræpelin.

Voici un autre malade de la Clinique, qui fut envoyé à l'Infirmerie Spéciale après avoir été arrêté dans la rue revêtu d'un costume féminin.

Il s'agit ici d'un nouveau cas de travestissement chez un délirant chronique. C'est un homme de 35 ans qui mena une vie normale jusqu'en 1937. Il est originaire du Doubs et fut successivement ouvrier agricole, cantonnier, manœuvre, puis ouvrier « calendreur » dans une usine à papiers.

On peut chez lui mettre en évidence certaines tendances qui datent de l'enfance. Il avait dès son jeune âge et par intermittence l'idée d'une infériorité physique de ses organes sexuels : par comparaison il trouvait ses camarades tous mieux pourvus que lui. Pendant son service militaire en 1924 il eut une orchite ourlienne gauche suivie d'atrophie testiculaire. Ce fut alors une recrudescence des préoccupations de conformation sexuelle basées sur une infirmité réelle. Cependant en 1928 il se maria et eut jusqu'en 1937 une vie sexuelle normale. Il est le père de quatre enfants.

Depuis son enfance également il manifestait un goût certain pour la couture. A 10 ans il cousait mieux que sa mère et ses sœurs. Enfin à l'occasion du mardi-gras il se déguisait en femme mais il ne cherchait pas à se travestir en dehors des dates officielles. Une fois seulement à 18 ans il s'amusa à se teindre les cheveux. Il affirme n'avoir jamais eu de goûts homosexuels. Depuis l'âge de 19 ans il n'eut que des rapports normaux.

En août 1937 apparurent des idées délirantes. Les dispositions psychologiques antérieures donnent au délire une teinte particulière : depuis cette époque le malade exprime des idées de transformation sexuelle. Mais plus encore que de véritables convictions ce sont encore un doute et des hypothèses sans cesse énoncés. Il lui semble que « sa verge et ses bourses sont remontées jusqu'au nombril. Il a l'impression d'être ni homme, ni femme, d'être entre les deux, d'être castré ». A deux ou trois reprises il s'est imaginé avoir des règles et pendant le coït il lui semblait avoir des sensations et des gestes féminins.

Les interprétations sont nombreuses. Il cherche à expliquer scientifiquement cette transformation physique. On a dû lui faire un « truchement » de sang, sa femme a dû lui injecter du « sang brûlé ». Les hallucinations sont fréquentes. Il entend le plus souvent une voix féminine. Il croit entendre tantôt sa propre voix, mais une voix transformée allant de pair avec sa transformation sexuelle, tantôt une voix étrangère, et cette voix lui donne des ordres, se moque de lui ou lui parle d'amour, s'adressant à lui comme à une femme ou comme à un homme. Là encore, il doute et il ne sait au juste que penser. Il sent aussi des odeurs de tabac, d'alcool de menthe et surtout des parfums de femme, des parfums d'Orient.

Depuis 1937, sa personnalité s'est progressivement dissociée. Il a l'impression d'avoir le cerveau vide, que ses pensées s'entrecroisent

avec celles d'autres personnes. Les ambivalences, les barrages, les réponses à côté ne sont pas rares. Il est dysmnésique et partiellement désorienté. Enfin il s'est entièrement détaché de sa femme et de ses enfants et exprime à leur égard une indifférence absolue. Depuis plus de deux ans il est sexuellement apragmatique.

Depuis trois mois il s'occupe à des travaux féminins. Il fait le ménage et la cuisine. Il confectionne du linge et des habits féminins pour pouvoir s'habiller en femme. Il sortait ainsi fardé de rouge sur les lèvres, de noir sur les sourcils, vêtu d'un corsage et d'une jupe grossièrement coupés et cousus par ses soins. Il portait aussi certains jours des boucles d'oreilles, et c'est dans cette tenue qu'il fut appréhendé dans la rue.

Telles sont les deux observations que nous avons voulu vous soumettre. Mme Agnès Masson, dans sa thèse, insiste sur la rareté du travestissement chez le délirant. Elle rapporte seulement trois observations, qui pourraient être comparées aux nôtres : une de Kraft-Ebing, une de Laurent et une autre enfin publiée en 1922 par M. le D^r Guiraud. Il semble que chez nos malades le développement du syndrome clinique soit non seulement en rapport avec les éléments interprétatifs ou hallucinatoires présentés par ces déliants mais aussi avec une prédisposition psycho-sexuelle antérieure restée plus ou moins latente jusque-là. Ces tendances, sans doute, ont été libérées sous l'influence, chez l'un de l'excitation, chez l'autre de la dissociation.

Fugues à répétition post-émotionnelles, d'allure cyclothymique atypique, par M. Roger DUPOUY et Mlle S. BARRET.

Nous présentons M....., âgé de 34 ans, qui a fait une fugue après un choc émotionnel provoqué par l'entrée de sa femme en maison de santé.

C'est la crainte de perdre sa place de comptable qui décide M..... à consulter.

Le 24 mai, après déjeuner, M..... est en proie à une inquiétude intense car il redoute l'intervention chirurgicale que doit subir sa femme. Quelques malaises, en particulier des fourmillements dans la tête du côté gauche, accompagnent cette inquiétude. Au lieu de retourner travailler, il circule en taxi sans but précis, puis déambule au hasard dans les rues de Paris. Le soir, à la gare d'Austerlitz, il prend sans raison un billet aller et retour pour une ville de la Haute-Vienne, où habitent des amis ; ceux-ci, non prévenus, se rendant compte de l'impulsivité morbide de sa fugue, lui offrent l'hospitalité jusqu'au lendemain matin. A son retour, il paraît à sa femme un peu obnubilé,

gardant un souvenir vague de son comportement de la veille. Bientôt il regrette son acte ayant conscience de ses conséquences graves. « Je me supprimerai, dit-il, si je perds ma place. »

Durant cette fugue, un besoin irrésistible pousse M....., habituellement sobre, à boire.

A cette fugue succède un état dépressif avec tristesse, dégoût de la vie, pleurs et quelques signes d'insuffisance hépatique : anorexie, nausées, vomissements, fatigue au réveil et point douloureux vésiculaire.

Depuis 5 ans, date de leur apparition, les fugues vont en augmentant de durée et de fréquence.

Les premières fugues qui duraient quelques heures échappaient à l'entourage et n'étaient pas considérées comme un phénomène pathologique par le malade. Toutes ces fugues (au nombre de 5 environ) furent motivées par un choc émotionnel : il y a 2 ans, le fait de savoir sa femme souffrante déclenche une fugue ; en janvier 1939, après la mort de sa mère, M..... quitte brusquement son travail, vers 14 heures, pour parcourir les rues de Paris, satisfaisant en même temps son besoin irrésistible de boire. Vers minuit, il rentre chez lui, sans avoir pensé à dîner. Questionné par sa femme, il ne peut donner aucune explication.

Ainsi, ces fugues apparaissent conscientes et mnésiques, bien que leur souvenir ne soit pas aussi net que celui d'un acte normal. Au moment où l'idée de partir apparaît, M..... cède sans lutte ayant l'impression d'avoir perdu la maîtrise de ses actes. Ces fugues n'ont pas de motif précis, elles sont la libération d'un syndrome excito-moteur ne s'accompagnant d'aucune préoccupation érotique. M..... essaie de s'évader de la réalité pour échapper à ses ennuis, à ses chagrins qu'il cherche à oublier.

Dans les antécédents de M..... on trouve, à l'âge de 5 ans, une scarlatine grave ayant laissé quelques séquelles rénales, comme nous le verrons par la suite.

M..... signale, à l'âge de 8 ans, une chute violente sur la tête suivie d'épistaxis et d'un coma ayant duré plusieurs heures.

Rien dans l'enfance ne laisse prévoir ces fugues. M..... se montre en classe un élève excellent, discipliné, mais peu attiré par les jeux. Il quitte l'Ecole primaire supérieure Colbert à l'âge de 14 ans, après la mort de son père. Le choc émotif causé par ce deuil et aussi par l'impossibilité de continuer ses études ne provoque aucune réaction.

M..... travaille dans des bureaux jusqu'à son service militaire qu'il n'achève pas puisqu'il est réformé au bout de 3 mois pour entérite et albuminurie.

M..... exerce ensuite l'emploi de comptable dans diverses maisons où il reste successivement 15 mois, 3 mois, 11 ans ; on ne peut donc le considérer comme un instable.

Un surmenage intellectuel intense depuis plusieurs années augmente l'émotivité de M..... qui devint de plus en plus sensible aux ennuis, aux chagrins, ceux-ci exerçant sur lui une influence nocive.

Son état de santé le préoccupe car il craint de devenir tuberculeux comme ses parents.

En même temps s'exagère la tendance qu'il avait à s'isoler.

Le père de M....., mort à 47 ans d'entérite tuberculeuse, n'a présenté des troubles mentaux (dont on ne peut préciser la nature) que quelques jours avant son décès.

La mère de M....., de constitution hyperémotive, est morte à 57 ans d'une tuberculose osseuse évoluant depuis plusieurs années.

Enfin une grand'tante maternelle aurait été internée plusieurs années à Maison-Blanche. Quant à la femme et à l'enfant de M....., ils sont bien portants.

Si ces divers antécédents ne révèlent aucun élément capital pour le diagnostic, l'examen par contre l'oriente.

Il existe de la tachycardie : le pouls instable bat à 92 puis à 104 après compression des globes oculaires, la tension artérielle (prise avec le Vaquez) est un peu élevée, 16-9 1/2 ; les réflexes tendineux sont vifs, les pupilles en mydriase. Une légère exophtalmie droite est à signaler, mais nous n'avons pu mettre en évidence un tremblement des extrémités, d'ailleurs le métabolisme de base est normal.

Les troubles vaso-moteurs consistent en dermographisme et cyanose des extrémités.

La constante d'Ambard à 0,086 au lieu de 0,06 et la légère albuminurie orthostatique sont vraisemblablement des séquelles de scarlatine.

Grâce à ces données il reste à préciser l'étiologie de ces fugues à répétition.

On peut éliminer tout d'abord la fugue épileptique dont on ne retrouve aucun des caractères distinctifs : inconscience, amnésie consécutive, exception faite de la soudaineté de la fugue. En outre, il y a absence de manifestations vertigineuses, équivalentes ou larvées de l'épilepsie.

La fugue hystérique est également à rejeter puisqu'il n'existe aucun signe de pithiatisme.

Il ne s'agit pas non plus d'une fugue alcoolique : les excès de boisson sont secondaires et non primitifs.

La fugue obsessionnelle est à éliminer ; il n'y a pas d'éléments idéatifs à caractère obsédant, l'acte est sans doute incoercible, mais il y a absence de lutte.

On ne peut considérer ces fugues comme ayant une origine traumatique, étant données leur répétition et la longue période qui sépare leur apparition de la commotion cérébrale post-traumatique survenue dans l'enfance.

La répétition des fugues, l'existence d'une phase excito-motrice et d'accès dipsomaniaque concomitant plaident en faveur

d'une constitution cyclothymique ainsi que les quelques épisodes dépressifs atypiques appelés coups de cafard par M. X. apparaissant après et même dans l'intervalle des fugues.

Il semble cependant que ces fugues soient déclanchées par des chocs émotionnels déterminant de véritables raptus anxieux dont l'apparition est favorisée par un déséquilibre neuro-végétatif évident à prédominance sympathicotonique. Ces fugues sont sans doute de plus en plus fréquentes du fait de la sensibilisation du sujet.

Peut-être pourrions-nous éviter le retour de ces fugues, qui compromettent l'avenir social de M. X. en corrigeant le déséquilibre vago-sympathique lié à une constitution hyperémotive ou bien en essayant une thérapeutique de choc (auto-hémothérapie associée à l'Emgé Lumière — injections de nucléinate de soude, de cardiazol), ayant pour but de briser la tendance à la récurrence des accès cyclothymiques.

M. HESNARD. — Les accès délirants, et surtout ceux dont la forme se rapproche le plus de celle d'un rêve vécu, qui surviennent plusieurs fois dans la vie d'un sujet, à la suite d'un choc moral, sont souvent rattachés à la psychose maniaque dépressive, ou plus exactement à la cyclothymie. Or, ce rattachement n'est pas fondé.

Dans la cyclothymie, la variation de la conduite du sujet échappe complètement aux circonstances extérieures. Le malade passe, peut-on dire, d'un rythme à l'autre spontanément et il devient un tout autre homme qui n'envisage plus les choses et les êtres comme auparavant. Cette transformation est si grande parfois que les anciens auteurs, pour expliquer ce changement de la personnalité, invoquaient une amnésie. En réalité, ce n'est pas la mémoire qui est atteinte, c'est la manière d'être et de réagir qui est primitivement modifiée.

Tel n'est pas le cas du malade qui vient de nous être présenté. C'est à la suite d'une émotion qu'il perd l'équilibre et accomplit ses fugues pathologiques.

Comme type de cyclothymie s'opposant au type de malades auquel celui-ci appartient, je citerai Félida, la fameuse médium, à propos de qui on parla de dédoublement de la personnalité. C'est spontanément, en l'absence de toute cause émotionnelle, ou autre, qu'elle tombait, soit dans la dépression hypothyroïdienne, soit dans l'exaltation hyperthyroïdienne, ayant dans chacun de ces états une conduite diamétralement opposée à la conduite qu'elle avait dans l'autre.

M. COURBON. — Les réflexions de M. Hesnard sont l'expression même de la vérité. Elles m'incitent à rappeler la conception schématique que j'ai plusieurs fois formulée, notamment avec Tusques (*Ann. Méd.-Psych.*, 1932, I, p. 51) de deux catégories de psychoses intermittentes : les unes maladies du rythme, les autres maladies de l'équilibre. D'une part, on a la bouffée délirante, maladie de l'équilibre succédant à une cause morale ou physique identifiable, accessible à la thérapeutique, et constituée symptomatiquement par le polymorphisme des troubles. D'autre part, l'accès cyclothymique, maladie du rythme, survenant arbitrairement sans cause identifiable, rebelle à la thérapeutique et constitué symptomatiquement par de la manie, ou de la mélancolie, c'est-à-dire exclusivement par les signes d'excitation et d'inhibition intellectuelle, affective ou motrice.

M. HESNARD. — Cette division schématique est exacte. Les déséquilibrés sont des émotifs sur lesquels les facteurs moraux ont prise. Ces facteurs sont sans effets sur les cyclothymiques. Le malade qu'on nous a présenté est un émotif et non un cyclothymique

Cas complexe de confusion récidivante chez un buveur interné, par MM. J. DUBLINEAU et H. DUCHÈNE.

Nombre de buveurs internés présentent ce trait commun d'avoir un passé morbide assez riche : paludisme, syphilis, traumatisme céphalique grave se retrouvent souvent dans leur histoire. L'examen peut déceler, en outre, chez eux, une hypertension artérielle de pathogénie certes, non univoque, mais dont l'existence ajoute encore à la complexité du tableau clinique. Nous n'insisterons pas davantage aujourd'hui sur ces faits, qui doivent faire l'objet d'une série de publications prochaines.

Le cas suivant a ceci de spécial qu'il s'accompagne de modifications du liquide céphalo-rachidien. Par ailleurs, les relations du traumatisme et des troubles mentaux se présentent dans des conditions assez particulières.

OBSERVATION. — B., 33 ans.

Antécédents collatéraux : deux sœurs mortes en bas âge.

Antécédents personnels : école jusqu'à 10 ans, coursier boulonnier, puis service dans la marine.

Libéré, est d'abord peaussier, puis balayeur municipal.

Paludisme durant son service au Maroc. Traité, avec probablement

quelques troubles psychiques dès cette époque (« nerfs surexcités »). Sinusite frontale opérée à 22 ans. Pas de syphilis connue.

Excès de vin rouge (intolérance pour le blanc), alcool assez souvent. Rares ivresses. Pas de troubles hépato-digestifs décelables.

Marié à 23 ans. Deux enfants dont un mort à quatre ans de méningite cérébro-spinale (?).

Histoire de la maladie. — 1° Début apparent vers mai 1938 par dysomnie et cauchemars avec vomissements de sang dont il est difficile, rétrospectivement, de déterminer la nature. Hospitalisé à Saint-Denis, il s'agite et est envoyé à Henri-Rousselle le 16 mai en état de delirium tremens. Interné, il sort le 1^{er} juin. Un examen pratiqué dans le service avait révélé la présence de B.K. dans les crachats.

2° Après un mois de convalescence, B. reprend son métier et ses habitudes d'intempérance, mais le 20 juillet, rentrant de son travail à motocyclette, il est renversé par une auto, tombe sur le côté droit et perd connaissance. Revenu à lui après vingt minutes environ, il peut regagner son logis, mais doit être hospitalisé le lendemain, porteur d'une fracture du 1/3 externe de la clavicule droite et d'une plaie frontale droite (considérée à l'époque comme bénigne). Nouvel arrêt durant quelques semaines, puis reprise du travail au début de septembre.

A la mi-octobre, il se sent fatigué et cesse une fois de plus son travail. Il semble que cette asthénie ait duré plusieurs semaines avec perte d'une douzaine de kilos.

Vers la même époque, l'épouse avait quitté le domicile conjugal et n'a plus donné de nouvelles.

3° Enfin, au début de décembre, B. est réadmis à Henri-Rousselle et transféré dans le service le 20 décembre pour « Alcoolisme chronique. Accidents délirants aigus. Delirium tremens. Confusion mentale ».

A l'entrée, le sujet, déjà calmé, est surtout remarquable par son obtusion massive évoquant un affaiblissement dementiel. On note par ailleurs : dysarthrie (qui d'après le sujet remonterait à l'enfance, mais qui, en fait, n'est notée que depuis le réinternement), tremblement, écriture illisible, aréflexie achilléenne, inégalité patellaire, amyotrophie des membres inférieurs sans myalgies, dystasie, dysmétrie et adiadococinésie légères, myosis, paresse pupillaire.

Il existe de l'hypertension artérielle (23-10 au Pachon, 20-12 au Vaquez) sans signes cardiaques.

Réactions de syphilis négatives dans le sang. Hyperalbuminose rachidienne (0 gr. 80) avec Pandy \pm , toutes les autres réactions étant normales (tension non mesurée, mais paraissant normale). Pouls normal. Fond d'œil normal à deux examens.

Par la suite, la confusion s'atténue, ainsi que les troubles cérébelleux ; mais le tremblement persiste, rendant l'écriture rapidement illisible. Les achilléens sont réapparues, mais faibles, les rotuliens restent inégaux. Il existe quelques troubles inconstants de la sensibilité superficielle.

La tension artérielle reste élevée.

La radiographie du crâne ne montre rien d'anormal, sinon, toutefois, une réduction du sinus sphénoïdal. M. Lhermitte, à qui nous avons soumis le cliché, a bien voulu, en attirant notre attention sur ce détail, rappeler qu'il avait constaté la coexistence fréquente de ce signe avec des stigmates de syphilis héréditaire.

Un essai de réactivation liquidienne par injection de 0 gr. 15, 0 gr. 30, 0 gr. 45 de 914 donne le 1^{er} février 1939 un liquide limpide, à écoulement très lent. Dans les quelques centimètres cubes recueillis, l'albumine est à 1 gr. 30, avec 1,2 leucocytes par mm³. Enfin, une dernière ponction le 3 juin 1939, cinq mois après la première, montre une albumine à 0 gr. 57, tandis que les leucocytes s'élèvent à 4 par mm³. Par ailleurs, la réaction de Pandy reste subpositive, la précipitation du benjoin colloïdal est élargie : 00000.22222.20000. Le malade a intenté un procès à l'auteur de l'accident de juillet, qu'il rend responsable de son réinternement.

A la date du 6 juin 1939, l'état du sujet est nettement amélioré, mais il présente encore, néanmoins, un aspect flé, une dysarthrie et un tremblement notables.

En résumé, chez ce buveur quotidien de vin rouge et intermittent d'alcool, s'observent hypertension artérielle massive, paludisme ancien, enfin un traumatisme grave s'intercalant entre deux épisodes à type de délirium tremens. Le sujet tend à imputer au traumatisme la responsabilité du second accès. Il avait présenté en mai 1938, lors du premier placement, des érachats bacillifères.

La tuberculose méningée paraît, toutefois, étant donné l'évolution générale des troubles et la formule rachidienne, devoir être écartée. Aucun fait précis ne permet par ailleurs de retenir l'hypothèse d'une tumeur cérébrale (fond d'œil, radio, etc.).

L'alcoolisme ne peut suffire à expliquer l'intensité de l'hyperalbuminorrachie. Cette dernière a été augmentée par la réactivation novarsénobenzolique. D'autre part, il semble qu'une hérédosyphilis puisse se discuter chez le sujet (stigmates craniens, polyéthylité collatérale infantile). Enfin, l'un de nous, avec Tarbouriech (1), a insisté sur le possible terrain d'hérédosyphilis dans l'éclosion de l'alcoolisme subaigu. Toutefois, le rôle du traumatisme reste incertain dans la pathogénèse du deuxième accès. Quant à l'hypertension, elle peut fort bien avoir renforcé l'importance du syndrome. Les phénomènes artériopathiques, par un véritable cercle vicieux, n'ont pu que se trouver accrus par les abus d'alcool s'ajoutant au terrain probable hérédosyphilitique.

(1) *Ann. Méd.-Psych.*, 1937, I, n° 4.

Syndrome d'affaiblissement chez un buveur ancien syphilitique et paludéen, par MM. J. DUBLINEAU et H. DUCHÈNE.

Le problème pathogénique de la démenée chez les buveurs est loin d'être univoque, surtout quand le tableau décrit est celui d'un pseudo-paralytique général et que l'on a par surcroît, en dépit de réactions biologiques pratiquement négatives, la notion d'une syphilis dans les antécédents. Le cas suivant nous paraît à cet égard assez caractéristique : on y retrouve en outre d'autres facteurs sur lesquels nous nous proposons par ailleurs d'attirer prochainement l'attention.

OBSERVATION. — S., 58 ans, antécédents héréditaires et collatéraux paraissant banaux. Marié. 2 enfants bien portants.

Antécédents personnels : école jusque vers l'âge de 15 ans. Brevet élémentaire. Puis travaille dans la grainetserie, avec son père.

A la suite d'une discussion avec celui-ci, engagement de 4 ans, à 18 ans, au 2^e Zouaves, à Oran. *Paludisme* dans le Sud-Algérien. Libéré, reprend le métier de grainetier avec son père. Envoyé à Salonique pendant la guerre, y présente de nouveaux accès paludéens en 1918. Depuis la guerre, fait de la représentation.

Chancre de la verge durant la guerre, semble-t-il, et probablement en 1915, sans que le sujet soit affirmatif sur la date. Traité à Cochon irrégulièrement jusqu'aux environs de 1930. N'a plus été traité depuis.

Trois *traumatismes* importants dans son passé : chute d'une hauteur de 4 mètres en 1926 et deux accidents d'auto, avec retournement de voiture dans l'un, enfoncement thoracique dans l'autre. Aucun des accidents n'a été suivi de perte de connaissance.

Excès de *boisson* reconnus, nécessités à son avis par son métier de représentant. Un à deux litres de vin rouge ; nombreux apéritifs quotidiens durant plusieurs années.

Histoire de la maladie. — Interné en août 1935, après passage à l'Infirmerie spéciale pour : amnésie, désorientation, puérilité, inconscience de l'état morbide, fabulation, idées de grandeur — il fréquente le général Pétain et connaît tous les généraux. Il a gagné 500.000 francs en 5 ans, mais ne peut dire ce qu'est devenu cet argent. C'est probablement Chautemps qui est là-dedans. Satisfaction corporelle. Quelques idées de persécution. On le vole, on brise ses bretelles, on coupe ses chaussures, etc. Propos incohérents et contradictoires. Troubles du caractère. Colères. Violences. Menaces de mort contre sa femme. Aurait tenté de l'étrangler. Sa femme et ses enfants ont dû se réfugier chez des voisins. Excès alcooliques avoués. Légère dysarthrie par intervalles (édentation), pupilles normales. Poids 92. Serait agité à domicile depuis plusieurs mois. » (D^r Logre).

Les certificats suivants portent : 8 août 1935 (D^r Simon) : « léger

degré d'excitation, avoue une discussion récente avec sa femme et des excès de boisson ; léger tremblement des mains, réflexes rotuliens vifs ».

21 août 1935 (D^r Marchand) : « alcoolisme chronique avec idées de persécution et idées mégalomaniaques ».

7 juillet 1938 (D^r Porc'her) : « vieil alcoolique avec troubles du caractère. Affaiblissement intellectuel ».

28 juillet 1938 (D^r Martimor) : « alcoolisme chronique avec affaiblissement intellectuel à type de pseudo-paralysie générale », et à cette date on note : présentation euphorique avec éclats de rire, idées de grandeur et de richesse : commandeur de la Légion d'Honneur, Croix de fer, Ordre de la Jarrettière... Déclare avoir une passion pour le grand commerce où il peut brasser des millions. Les pupilles sont paresseuses avec dysarthrie ».

Réactions négatives dans le sang (Bordet-Wassermann, Meinicke, Kahn).

Liquide céphalo-rachidien : albumine 0,45. Globul. (Pandy et Weichbrodt négatives) : leuco. 1,6. Benjoin colloïdal : 00000.22222.10000. Elixir parégorique, Meinicke et Bordet-Wassermann négatifs.

Etat actuel (juin 1939). — Quatre ans de séjour à l'asile n'ont guère modifié l'aspect général du sujet. Celui-ci, de type pycnique, présente une tension artérielle assez instable avec tendance à l'hypertension (17-11 au Vaquez lors d'un récent examen). Le 2^e bruit cardiaque est clangoreux, sans souffle orificiel. Il existe un tremblement digito-lingual. Les pupilles sont égales avec paresse de la droite à la réaction lumineuse. Les réflexes tendineux sont normaux aux quatre membres. Une nouvelle ponction lombaire donne le 10 mai 1939 les résultats suivants : tension 20 en position couchée au manomètre de Claude, albumine 0,60, benjoin 00000.22222.11000. Toutes les autres réactions négatives.

L'état psychique est caractéristique et stéréotypé : constellé de décorations il se promène dans la cour avec l'absurdité et l'absence de logique du paralytique général. Plaisanteries, éclats de rire. Affaiblissement intellectuel certain. Dysmnésie, orientation imprécise, incapacité de résoudre un problème simple, etc...

En résumé, il s'agit d'un ancien syphilitique, ancien paludéen, ayant eu des accès palustres à deux reprises au moins et qui présente un syndrome clinique de paralysie générale avec affaiblissement intellectuel, idées de richesse et de grandeur ; mobilité de l'humeur mais sans grandes modifications pupillaires. Le sujet est par ailleurs un hypertendu léger et a présenté un traumatisme céphalique assez important. Sur le tout se sont greffées des habitudes alcooliques. L'alcoolisme est-il seul en cause ? N'intervient-il que secondairement sur un terrain de syphilis cérébrale

fruste, dont seules témoigneraient l'hyperalbuminorachie, d'ailleurs en voie d'accroissement malgré le séjour prolongé à l'Asile et l'extension (également croissante) de la précipitation vers la droite du benjoin colloïdal ? L'existence du paludisme dans les antécédents et l'existence du complexe syphilo-malarique à l'origine de syndromes de ce genre, telle qu'elle a été, à de nombreuses reprises, signalée par l'un de nous, nous amène à revenir sur l'importance de l'association des facteurs pathogéniques dans des cas comme celui-ci.

M. MARCHAND. — Ce malade qui me reconnaît parfaitement bien, n'est pas un paralytique général. Je l'ai eu 4 ans dans mon service, où on obtenait de lui beaucoup de travail utile comme infirmier bénévole. Il n'a ni l'atonie des traits, ni l'embarras de la parole, ni l'affaiblissement mental global d'un paralytique général. Les altérations du liquide céphalo-rachidien sont en rapport avec sa méningite, méningite de nature purement alcoolique. Quant à son euphorie, elle est en rapport avec son délire mégalomaniacal. C'est un alcoolique chronique.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — En faveur de l'opinion de M. Marchand, je noterai ce qu'on peut appeler le socio-diagnostic de l'alcoolisme, c'est-à-dire la réaction accueillante de l'assemblée à l'égard des manifestations exubérantes de l'alcoolique.

L'encéphalographie dans la maladie de Pick par M. L. FROMENTY.

De récentes présentations devant cette Société montrent que le syndrome anatomo-clinique connu sous le nom de maladie de Pick est loin d'être une rareté. Il semble que le diagnostic en soit plus rare que la maladie elle-même. Dans la règle, on ne le porte que pièces en main. Peu d'affections cérébrales démentielles réalisent un appauvrissement intellectuel si manifeste que cette maladie, et pourtant, sans le secours du moindre cortège neurologique, sans modification du liquide céphalo-rachidien, notre diagnostic reste hésitant jusqu'à la mort du malade. Cette gêne, qui met en pleine lumière le caractère disparate des profils psychologiques que nous employons tous plus ou moins consciemment pour baser un diagnostic psychiatrique, démontre bien l'impuissance de la psychiatrie à faire le moindre progrès, tant qu'elle se borne à classer des notations psychologiques.

C'est pourquoi nous estimons que parmi les méthodes objectives que la médecine met à notre disposition, l'encéphalographie mérite d'être annexée à la clinique psychiatrique. Depuis près de trois ans, à l'exemple de nos confrères étrangers, nous l'utilisons pour l'étude d'affections cérébrales démentielles comme l'épilepsie, la paralysie générale et même la schizophrénie. Notre récolte dans ce vaste domaine est encore trop lacunaire pour mériter votre attention. Nous nous bornerons aujourd'hui à vous présenter les encéphalogrammes de quatre malades chez lesquels le diagnostic de maladie de Pick peut être porté ou soupçonné.

Pour le 1^{er} cas, vous pourrez constater la concordance parfaite entre les images encéphalographiques et les lésions trouvées à l'autopsie.

Le 2^e cas, que la distance ne me permet pas de vous soumettre, s'annonce comme une maladie de Pick à symptomatologie encore plus riche. Sur les encéphalogrammes, l'atrophie frontale s'accompagne d'atrophie pariéto-temporale importante, ce qui s'accorde avec la constatation clinique d'une aphasie de Wernicke d'une intensité rare.

Le 3^e cas concerne un malade bien plus jeune, vu seulement en consultation, qui avec maladresse et non sans danger vaque encore à ses occupations. Dès cet examen, j'ai été si frappé du caractère spécial de son affaiblissement (rétrécissement du champ intellectuel et réduction du stock des idées) que j'ai fait l'encéphalographie, qui souligne fortement l'atrophie frontale.

Le 4^e cas est plus discutable. Il s'agissait d'un épileptique et je voulais éliminer ou confirmer le diagnostic de tumeur. Vous verrez que son encéphalogramme plaide pour un processus d'atrophie frontale diffuse, encore à son début.

OBSERVATION I. — Toul... Emile, 55 ans, menuisier aux Chemins de fer. Ses parents sont morts vieux, sa femme est morte il y a deux ans de cirrhose du foie, alcoolique. Une fille, 30 ans, mariée.

En 1921, le malade fut révoqué pour grève et réintégré depuis deux ans. Pas de maladie antérieure connue.

Depuis dix-huit mois, installation progressive des troubles mentaux: instabilité, agitation, désordre des actes, négligence corporelle et vestimentaire, vole des aliments chez les voisins en fracturant les portes, dilapide sa paye en apéritifs, s'endette, menace les voisins et cherche à se couper la gorge.

Admis au service de psychiatrie de l'hôpital général de Tours le 27 novembre 1937, très agité, malpropre, désordonné (mange du papier), d'une euphorie bruyante. Etat général floride, pas de fièvre,

pas d'aspect confusionnel. Urines normales. Pupilles normales. Réflexes vifs. Pas de tremblement lingual ou péri-buccal. Fond d'œil normal. Liquide céphalo-rachidien normal. Bordet-Wassermann négatif. Déficience énorme de la mémoire : ne peut dire sa date de naissance ni l'année en cours. Ne peut faire de sa vie le moindre historique. Laconisme extrême. Sourire constant, sans caractère spasmodique. Pas de troubles de la parole. Pas d'aphasie sensorielle, type Wernicke. Homme avec exactitude les objets qu'on lui présente. Incapable d'écrire spontanément le moindre mot, écrit sous dictée, en calligraphie non tremblée, sans faute d'orthographe. Se trompe, faute de retenue, à une soustraction simple et n'en soupçonne rien. Les stagiaires du service et les infirmiers s'amuse de voir avec quelle facilité, et aussi souvent qu'on le veut, en évoquant sa profession devant lui, on déclanche la phrase suivante, stéréotypée, accompagnée d'une mimique appropriée très expressive : « Oui, sept heures, midi, le concierge tire la cloche (geste du sonneur) et la sirène du P.-O. fait ouou-ou (ici long hullement modulé d'une sirène d'usine). » Cet état constaté à l'admission ne se modifiera guère jusqu'au décès. Le malade, gâteux, refusant de se lever et de se laver, mangeant goulûment, muet, souriant, avec son laconisme stéréotypé déjà signalé, violent dès qu'on le contrarie. Il devient très gros.

Encéphalographie. — Le 9 mars 1939, après avoir retiré facilement 180 cm³ de liquide céphalo-rachidien par voie lombaire, on insuffle sans douleur ni réaction du malade 80 cm³ d'air, deux heures après que le malade a reçu sous-cutané 1 cgr. de sulfate de strychnine et 40 cgr. de gardénal soluble. Radiographie : D^r Culty, Tours.

L'encéphalogramme montre : 1° une dilatation considérable du ventricule latéral droit (deux fois comme le gauche) ; 2° des coussinets d'air au niveau des circonvolutions, particulièrement à la face orbitaire et à la face externe du lobe préfrontal ; également au niveau de la pointe et de la face inférieure du lobe temporal ; la différence des tonalités des taches (les plus claires sur le négatif étant les plus éloignées de la plaque) permet de soupçonner l'anormale quantité d'air qui s'est glissée sur les circonvolutions de l'insula. L'atrophie prédomine largement à gauche.

Autopsie. — Inutile de souligner que l'autopsie a permis une interprétation rétrospective plus précise des radios.

Le 4 mai 1939, après avoir présenté un ictus épileptoïde, le malade est mort d'œdème aigu et de congestion bilatérale des poumons avec collapsus cardiaque.

Poids du cerveau non dépouillé de la pie-mère : 1.090 gr.

Poids du tronc cérébral + cervelet : 162 gr.

Hémisphère droit : 515 gr., hémisphère gauche : 460 gr., après fixation.

La pie-mère est épaissie et congestionnée par places. Très peu à droite, beaucoup à gauche. Le pôle frontal gauche est littéralement encapuchonné par une couenne pie-mérienne. Cette lésion pie-mérienne

ne se voit également à l'entrée de la vallée sylvienne et la méninge qui recouvre la 3^e circonvolution frontale gauche est comme soulevée par une poche kystique hémorragique. Au niveau du pôle temporal gauche, la pie-mère est moins congestionnée, mais a pris un aspect de dure-mère ; seulement, plus friable que cette dernière, elle se déchire à l'extraction du cerveau. A ce niveau nous allons trouver le maximum des lésions d'amenuisement des circonvolutions, devenues lamelliformes, et nous faisons l'hypothèse que le processus d'atrophie des circonvolutions s'accompagnait chez notre malade d'un processus méningé spécial, d'abord congestif, puis fibreux. Le fait que les méninges ne sont atteintes que dans les zones d'atrophie intense des circonvolutions semble écarter l'idée que ce processus méningé serait une conséquence de l'insufflation assez importante d'air dans les espaces sous-arachnoïdiens. Cependant, depuis cette autopsie nous avons entrepris des expériences de contrôle, et plusieurs malades ayant subi depuis des encéphalographies ont eu après, de quinze jours en quinze jours, des ponctions lombaires de contrôle. Jamais encore le liquide céphalo-rachidien normal avant ces encéphalographies ne s'est montré modifié après. Pour en finir avec les méninges, ajoutons que nulle part il n'y avait à proprement parler arachnoïdite, et que nulle part la méninge n'adhérait à la corticalité sous-jacente. Partout elle se décollait sans altérer le poli des circonvolutions.

A gauche, le cerveau montre l'atrophie préfrontale. Le processus domine au niveau de la troisième circonvolution (observation qui à la suite de plusieurs autres semblables montre bien qu'il n'y a pas de rapport entre cette circonvolution et le langage articulé, qui était parfait chez notre malade). Les circonvolutions de l'insula sont très atrophiées. Mais le processus atrophique domine au niveau du pôle temporal, dont les circonvolutions sont rendues lamelleuses, comme si on les avait usées à la curette. Dans la région postérieure des premières et deuxième temporales gauches, comme dans la région pariétale, ainsi que vers le pôle occipital, il existe une certaine atrophie, sensible si on compare les circonvolutions aux circonvolutions centrales (frontale et pariétale ascendante) ; mais l'atrophie n'y est jamais comparable à celle qu'on voit dans les lobes frontaux, temporaux et de l'insula.

L'hémisphère droit montre l'amorce du même processus atrophique et selon la même topographie, mais beaucoup moins avancé. L'asymétrie des deux hémisphères frappe l'œil.

La dilatation des ventricules latéraux, facile à voir, n'est pas en rapport avec un blocage de l'aqueduc de Sylvius partout perméable.

Cervelet et tronc cérébral macroscopiquement normaux. Pas de trace de tumeur.

OBSERVATION II. — More... Julia, Vve Biém..., 58 ans, vigneronne. Antécédents inconnus. Depuis quelques mois désordre progressif et très grave des actes. Délaisse culture, animaux, ménage, s'agite, crie.

Le 21 septembre 1938, admise dans le service de psychiatrie de l'Hospice général de Tours dans un état d'agitation violente, parlant et criant sans cesse. Propos incompréhensibles. Interrogatoire impossible. Pas de fièvre. Bordet-Wassermann sang négatif. Urée-sang 0 gr. 22. Pression artérielle 12-5. Liquide céphalo-rachidien normal. Examen neurologique négatif.

La malade est encore à peu près dans le même état de malpropreté, de violence, de désordre, de goinfrerie et d'euphorie bruyante habituellement.

Dans les moments où un calme relatif permet l'analyse de son langage, on constate chez elle une aphasie de Wernicke à symptomatologie abondante. Malgré un bavardage incessant qui abonde en paraphrasie, jargonaphasie, elle ne comprend rien à ce qu'on lui dit et ne répond que par lambeaux de phrases ou de mots. Invitée à écrire ou à copier des dessins très simples, elle barbouille le papier de « pattes de mouche ». Elle ne peut nommer les objets qu'on lui montre. Elle affectionne une stéréotypie verbale qui est l'imitation du croassement des corbeaux, qu'elle entend dans le jardin de la clinique.

Encéphalographie. — Le 20 mars 1939, par voie lombaire, après écoulement de 200 cm³ de liquide céphalo-rachidien normal, insuflation de 70 cm³ d'air.

Radiographies du Dr Culty (Tours).

Dilatation des ventricules latéraux, surtout du droit.

Atrophie frontale, surtout marquée à droite, intéressant le lobe pré-frontal tant sur sa face orbitaire que sur sa face externe.

Sur les radios de face on voit nettement le processus, franchissant la faux du cerveau, se propager au lobe frontal gauche.

Sur les profils, les circonvolutions de la région pariéto-pli courbe temporale postérieure sont en voie d'atrophie nette, mais moins avancée.

On est tenté de dire que le processus atrophique parti du pôle frontal droit s'irradie, en arrière, vers la région du pli courbe, comme s'il suivait le cingulum ; latéralement de droite à gauche, comme s'il suivait le forceps antérieur du corps calleux.

OBSERVATION III. — Guilla... Léon, 44 ans, homme d'équipe à la S.N.C.F., né de père inconnu, mère vigoureuse, mais amnésique dès l'âge de 40 ans. Quatre enfants bien portants.

Depuis quatre ans, oublis, déficience progressive de la mémoire. Actes maladroits et très imprudents. Fugues. Conscience de son état qu'il résume de cette stéréotypie : « Il y a bien quatre ans que ça couve. » Et malgré cela euphoric joviale.

Examen neurologique négatif, à part une certaine apraxie visible dans l'imitation des gestes. Persévération motrice.

Fond d'œil normal.

Encéphalographie. — Le 2 juin 1939, après soustraction par voie

lombaire de 60 cm³ de liquide trouvé normal par le D^r Vialle (Tours), on insuffle le même volume d'air.

Radiographie du D^r Collas (Loudun).

Les clichés sont particulièrement clairs et faciles à lire.



Malade de l'observation III. Asymétrie ventriculaire, atrophie avancée du lobe préfrontal droit, et au delà de la faux du cerveau, sur la face interne du lobe préfrontal gauche, première ébauche du processus atrophique.

Sur les faces, asymétrie ventriculaire, gauche plus grand. Atrophie énorme du pôle préfrontal droit, atrophie qui est en train de déborder nettement sur la face interne de l'hémisphère gauche, en contournant la faux du cerveau, et s'amorce, bien que plus discrètement, sur la face externe (troisième frontale).

Sur les profils on voit un début du processus dans la zone pariéto-pli courbe.

OBSERVATION IV. — Mig... Anselme, 34 ans, tailleur de pierre dans la restauration des monuments historiques. Pas d'antécédents héréditaires connus. Marié. Sans enfants. Réformé pour épilepsie à l'armée.

Alcoolisme certain et durable. Chutes multiples d'échafaudages élevés. Commotion électrique.

En 1935, consulte pour épilepsie à crises rares. L'examen du fond d'œil (D^r Mercier, Tours) ayant montré de la décoloration des papilles, sans œdème ni stase, on fait une ponction lombaire qui montre tout normal.

Examen neurologique négatif. On le traite un certain temps, avec succès, par désintoxication et gardénal, puis on le perd de vue.

Revient en mars 1938, imbibé d'alcool, se plaignant de céphalée, à droite surtout, de vertiges, d'insomnie avec somnolence nocturne. Dysarthrie. Instabilité, crises fréquentes de colère. Désordre dans ses comptes. Euphorie et jovialité contrastant avec l'inquiétude de sa femme qui songe à l'internement.

Prié d'écrire, il fait des lettres gribouillées, avec des omissions, des chiffres illisibles. Soustraction exacte cependant. Ces défectuosités de l'écriture et du calcul chez cet ouvrier d'art instruit nous fait persister dans le soupçon d'une tumeur.

Encéphalographie. — Le 24 mars 1939, pression 39 au Claude. Liquide normal (D^r Vialle, Tours). On injecte 40 cm³ d'air.

Radiographie du D^r Mangini (Tours).

Ventricules latéraux normaux, bien que peu injectés.

Atrophie frontale bilatérale, plus diffuse et moins profonde que dans le cas précédent.

Si l'on nous permet maintenant de tirer des conclusions de l'étude un peu lacunaire de ces cas, cliniquement disparates, mais que l'encéphalographie fait rentrer dans les atrophies cérébrales systématisées, type Pick, nous dirons :

1° L'encéphalographie est une méthode simple, non dange-reuse, et qui, perfectionnée et codifiée à l'exemple de ce qu'a fait la radiographie pulmonaire, nous semble appelée à éclairer d'un jour nouveau la maladie de Pick.

2° Par cette méthode, le processus atrophique, à topographie lobaire, paraît s'étendre de lobe frontal à lobe temporal, d'hémis-phère droit à hémisphère gauche (ou vice-versa), non par voie vasculaire ou par voie méningée, mais en suivant les grands systèmes de fibres d'association intra-hémisphérique et inter-hémisphérique.

3° Dans un autre ordre d'idées, nous ne pouvons nous empê-cher de remarquer que deux de nos malades étaient des alcooliques certains, les deux autres des alcooliques probables ou pos-

sibles. Ce n'est peut-être qu'une coïncidence, mais qui nous invitera, à l'occasion, à faire des encéphalogrammes dans les syndromes de Korsakow.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Les observations que M. Fromenty vient de nous exposer sont extrêmement intéressantes. Elles montrent l'importance que de plus en plus l'encéphalographie est appelée à rendre en psychiatrie.

M. COURBON. — Cette importance qui s'affirme chaque jour, est une preuve de la légitimité des espoirs que l'on peut fonder sur la collaboration du chirurgien et du psychiatre, collaboration que j'ai souhaitée depuis de nombreuses années, et qui est réalisée souvent à l'étranger, notamment en Amérique.

M. R. ANGLADE. — Il faut donc souhaiter la création à bref délai du poste de neuro-chirurgien des hôpitaux psychiatriques de la Seine, création pour laquelle la Société des Médecins a émis un avis favorable et que personnellement je considère comme très urgente.

M. MARCHAND. — La pratique de l'encéphalographie, pour être complète et sans danger, exige la possession d'une technique que seul un chirurgien possède, car il faut pouvoir parer aux accidents éventuels. Par ailleurs, l'activité du neuro-chirurgien aurait à s'exercer d'une façon féconde dans plusieurs autres directions que l'encéphalographie, sous la direction du psychiatre.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — L'encéphalographie est déjà devenue un instrument journalier de l'investigation psychiatrique. D'autres procédés nouveaux se feront jour. Et l'affectation d'un neuro-chirurgien à un service psychiatrique est tout à fait indiquée.

La séance est levée à 11 h. 20.

Le Secrétaire des séances,

Paul CARRETTE.

Séance du Lundi 26 Juin 1939

Présidence : M. LAIGNEL-LAVASTINE, président

En ouvrant la séance, le Président souhaite la bienvenue au D^r J. CANTACUZÈNE, de Bucarest, qui assiste à la réunion.

Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du jeudi 11 mai et le procès-verbal de la séance du lundi 22 mai 1939 sont adoptés.

Correspondance

M. Paul COURBON, *Secrétaire général*. — La correspondance manuscrite comprend :

une lettre du D^r BARDENAT de Blida-Joinville, remerciant la Société de l'avoir élu *membre correspondant national* ;

une lettre du Professeur COMBEMALE, secrétaire général du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française qui invite la Société Médico-psychologique à se faire représenter à la XLII^e session du Congrès qui aura lieu à Montpellier, du 21 au 26 septembre prochain : la Société désigne pour cette mission son *Bureau* et par les D^{rs} René CHARPENTIER et MARCHAND, *anciens présidents*.

Election d'un membre correspondant national

Après lecture d'un rapport de M. COURBON, au nom d'une Commission composée de MM. COURBON, HEUYER et LAIGNEL-LAVASTINE il est procédé au vote :

Nombre de votants	17
Majorité absolue	9

A obtenu :

Mme LECONTE-LORSIGNOL 17 voix.

Mme le D^r S. LECONTE-LORSIGNOL, médecin-chef des hôpitaux psychiatriques et chef de clinique de neuro-psychiatrie infantile à la Faculté de Médecine de Paris, est élue *membre correspondant national* de la Société médico-psychologique.

Election d'un membre associé étranger

Après lecture d'un rapport de M. COLLET, au nom d'une Commission composée de MM. COLLET, Georges DUMAS et LAIGNEL-LAVASTINE, il est procédé au vote :

Nombre de votants	19
Majorité absolue	10

A obtenu :

M. URIBE CUALLA	18 voix.
Bulletin blanc	1

M. le D^r Guillermo URIBE CUALLA, professeur de Médecine légale à la Faculté de Droit de Bogota (Colombie), est élu *membre associé étranger* de la Société médico-psychologique.

COMMUNICATIONS

Un cas de psychose cardiaque : Complication cérébrale d'un rétrécissement mitral grave, par MM. SCHERRER et DEVALLET.

Les troubles psychiques des cardiaques ont déjà fait l'objet, tant en France qu'à l'étranger, de nombreux travaux dont nous ne ferons pas ici l'historique. La question des folies cardiaques individualisées par Lasègue et surtout par Ball a été longuement controversée. L'étiologie cardiaque des psychoses, ainsi que le reconnaissait Ball lui-même, est évidemment d'une observation peu courante. Elle est cependant incontestable. Mais il s'agit, le plus souvent, de psychoses passagères, survenant chez des malades hospitalisés pour leur cardiopathie et la brièveté habituelle des troubles mentaux n'entraîne pas l'internement.

Il est exceptionnel d'observer des troubles psychiques dominant la scène clinique, réalisant une véritable forme psychique des cardiopathies et commandant un internement de quelque durée.

C'est cependant un cas de cet ordre que nous avons eu l'occasion d'observer à l'Hôpital Psychiatrique de Bailleul, pendant une durée de deux mois et demi, cas particulièrement typique de psychose cardiaque, dont l'étude clinique est complétée par un contrôle anatomique.

OBSERVATION. — C. Germaine, femme D., âgée de 45 ans, entre le 10 novembre 1938 à l'hôpital psychiatrique de Bailleul.

Antécédents héréditaires. — Père mort très âgé. Mère cardiaque, un frère et trois sœurs en bonne santé, pas d'antécédents héréditaires vésaniques.

Antécédents personnels. — Quelques affections de l'enfance. Une crise de R.A.A. assez discrète dans l'adolescence. Mariée, sans enfants, pas de fausses-couches.

Depuis deux ans a des palpitations, de la dyspnée d'effort. Est devenue très émotive.

Les événements graves de septembre, le rappel de son frère sous les drapeaux, l'ont vivement inquiétée.

Depuis cette époque, la dyspnée devenait plus intense et la gênait dans son travail, elle devait s'arrêter parfois, lorsqu'elle marchait un peu vite. Elle n'a cependant consulté aucun médecin. Brusquement, le 6 novembre elle présente, chez elle, un violent accès d'agitation psycho-motrice avec cris, chants, rires et pleurs, propos décousus paraissant incohérents. Le médecin appelé constate une atteinte cardiaque associée à l'état mental et prescrit de la digitale. La malade, bien entendu, ne prend pas ce médicament, et, pendant quatre jours, s'agite sans arrêt. L'insomnie est complète. Le quatrième jour, elle est amenée à l'hôpital psychiatrique de Bailleul. Le tableau clinique qu'elle présente est assez complexe :

Agitation psycho-motrice marquée avec cris, association des idées rapides et superficielles, mobilité extrême de l'attention, réponses correctes ou fantaisistes, jeux de mots pauvres ; récriminations et préoccupations hypocondriaques : « Vous me prenez tout mon sang, qu'en restera-t-il ?... Chaque médecin est un peu plus bête que celui qui l'a précédé. Vous me traitez en dépit du bon sens, et voyez mes pauvres bras amaigris, vous devriez avoir honte. »

Il n'existe pas d'élément euphorique. L'irritation domine.

Des symptômes de confusion mentale s'associent à ce tableau maniaque. L'orientation est très imprécise dans le temps et dans l'espace, les souvenirs sont impossibles à contrôler, car elle refuse de répondre à certaines questions.

A cette agitation qui nécessite la contention de la malade succèdent des périodes d'asthénie profonde. Lorsqu'on s'approche d'elle, on sent qu'elle ne désarme pas, elle essaie de parler, mais elle est épuisée.

L'état général est d'ailleurs très précaire : le teint est terreux, le visage émacié, la langue saburrale. Il n'existe pas de dyspnée marquée.

L'examen physique, assez difficile à pratiquer, en raison de l'opposition que manifeste très rapidement la malade montre :

Au cœur : un roulement présystolique intense de la pointe avec un frémissement cataire, on ne perçoit pas de doublement du deuxième bruit masqué par une tachycardie à 130. Le pouls est petit et mal frappé.

Poumons : submatité à la base droite. Râles sous-crépitanes dans la même région.

Foie : très légèrement débordant.

Pas d'œdèmes. Ni sucre, ni albumine dans les urines.

Système nerveux : rien à signaler.

Il existe un léger train de fièvre : 37°8 le matin ; 38°2 le soir.

Un peu de toux et de l'expectoration muco-purulente ne contenant pas de bacilles de Koch.

L'hostilité des premiers jours s'accompagne de refus d'aliments et l'on doit lui administrer la sonde œsophagienne. Elle cède vite à ce moyen de coercition et s'alimente normalement.

Pendant près d'un mois, la malade présente la même association de symptômes tant mentaux que physiques. Le traitement par la digitale est resté inefficace.

Le bavardage volubile de type maniaque persiste. Il existe, en outre, de fausses reconnaissances. En voyant une infirmière, elle s'écrit : « Tiens, voilà Sonia, la fille de mon oncle qui est aux Folies Bergères. » Elle donne des conseils au médecin sur la manière dont elle devrait être soignée ; elle invoque la France, parle sur un ton prophétique.

On a l'impression d'une *manie épuisée*.

Mais, les éléments confusionnels persistent également ; elle ne peut dire son âge, ne peut faire l'effort de calculer bien qu'elle sache être née en 1893..., ne sait pas la date actuelle, se croit à l'hôpital d'Armentières.

Selon les jours, l'aspect maniaque ou l'aspect confusionnel domine. Des hallucinations à caractère onirique apparaissent. Un matin, au cours de la visite, on la trouve faisant mine de recueillir quelque chose dans un mouchoir : « Ce sont des punaises, dit-elle, il ne faut pas les écraser, si on les écrase, il en vient plus encore... »

A d'autres moments, c'est l'élément maniaque qui domine et se traduit par la graphorée : la malade rédige une dizaine de lettres, dans un style où voisinent la grandiloquence, des recommandations futiles et des banalités. On y distingue des idées de grandeur (elle est chargée d'une mission par Dieu, elle doit faire la paix), un grand besoin d'activité (ordres impérieux à tout son entourage de venir la rejoindre pour agir) et l'optimisme inaltérable des maniaques (tout s'arrangera, il ne faut pas s'en faire, sa famille peut vendre ou abandonner tout son avoir, elle retrouvera tout).

Voici quelques extraits de ses lettres :

« Venez ici, afin de pouvoir obtenir la Paix au nom de la France, « du Roi des Belges, de M. Hitler, de M. Mussolini... », écrit-elle à ses patrons. Le même appel avec quelques variantes est renouvelé trois fois sur la même feuille de papier, surchargée de son écriture qui s'entrecroise dans tous les sens.

A son frère : « Sauvez l'Europe, il faut agir : plutôt mourir que « renier la France. Prends courage, bientôt ce sera la délivrance, « demande à ta famille de prier le Sacré-Cœur de Jésus de sauver la « France (Bonjour à toute la famille). Affectueux bonjour et baisers « de ta sœur captive, de 1914 à 1938. »

A sa sœur : « Au nom de ta sœur captive à qui Dieu a donné une « mission (je te prie de bien vouloir m'aider à l'accomplir en ton « nom, je ne doute pas d'être restée fidèle à mon Dieu). Si tu travail- « les, fais voir ce mot à tes patrons, ils te laisseront venir de suite, « pour sauver ton pays au nom de l'Europe, de Monsieur Hitler, de « Monsieur Mussolini, pardon, pardon, unissez-vous au Sacré-Cœur « de Jésus et ce sera la Paix. — P.-S. : Je te prie de bien vouloir « prévenir M. Di... de se réunir ici pour la Paix, dis-lui bien de ma « part que sa compagnie est loin de me déplaire. »

A sa mère : « Prends l'argent qui t'appartient, ferme portes et « fenêtres, et, en attendant, va chez Lucienne ; pour le jardin et le « reste surtout, ne t'en fais pas, l'heure de la délivrance est proche, « soigne-toi, prends ta digitale, sois calme, fais-toi conduire chez « cousine, il le faut pour éviter la guerre, pense à toutes les Nations, « tes enfants, ton fils Paul, victime de la guerre de 1914 (qu'on appelle « le bossu)... Et ce sera la Paix !!! Si tu n'as pas le temps de faire « ta lessive, donne tout à la coopérative. Ce n'est rien, tout s'arrange. « Partagez-vous l'argent, que tout le monde ait son petit pécule, afin « d'avoir la Victoire... »

A sa petite nièce : « Si tu oublies ta poupée, ce n'est rien, ta tante « te paye une belle poupée de salon, une belle montre et de belles « robes... » et elle signe : « Ta tante qui a une grande mission à « remplir... Bien le bonjour à tous... »

La fatigabilité est extrême. La dyspnée assez marquée.

Le 6 décembre, l'aspect général est inquiétant, l'éréthisme cardiaque considérable, le pouls misérable. Les traits sont tirés, la malade oppressée, incohérente. On administre chaque jour de l'huile camphrée et 5 cgr. de spartéine en injections sous-cutanées, dose que l'on répétera pendant quatre jours.

Dès le lendemain, l'état physique est un peu amélioré, l'état mental plus tonique. La malade est agressive : « La Sœur est une méchante « sœur, vous me laissez tous mourir ici. Je n'ai aucun soin, je veux « aller à l'hôpital. »

Le surlendemain, elle rectifie les épisodes oniriques, dit n'avoir jamais vu de punaises « tout ça c'est de la blague... ».

Dans l'après-midi, elle reçoit la visite de son jeune frère, qu'elle n'avait pas revu depuis son départ brusque au moment de la mobilisation. Elle convient, avec lui, de l'inanité de ses affirmations délirantes..

Le 9 décembre, le cœur est beaucoup plus calme, le pouls meilleur et plus lent, les idées délirantes sont rectifiées, la malade se montre reconnaissante des soins qu'elle a reçus. Elle continue à présenter toutefois un certain degré d'hypomanie et quelques troubles du caractère. Une dizaine de jours après apparaissent quelques symptômes d'hyposystolie : œdèmes des membres inférieurs, dyspnée, albuminurie légère, subictère des conjonctives. Quelques idées fugaces de persécution apparaissent, dirigées contre la Religieuse qui la soigne. Elle refuse de prendre médicaments et nourriture pendant près de 48 heures. Elle accepte de voir discuter ses soupçons et déclare : « Que voulez-vous, c'est plus fort que moi, cette Sœur ne m'inspire pas confiance, je ne puis m'empêcher de me méfier d'elle, d'ailleurs, « tout ce qu'elle me donne a un drôle de goût. » A force de prévenances, la Religieuse parvient à gagner sa confiance et tout rentre dans l'ordre. Il ne subsiste plus qu'une certaine mobilité de l'humeur, des exigences souvent renouvelées, une tendance à l'irritabilité et une susceptibilité très vive.

Cependant, le tableau de l'asystolie se complète ; des signes graves d'insuffisance cardiaque apparaissent et laissent prévoir un exitus rapide. .

L'œdème des membres inférieurs gagne les cuisses. Les urines deviennent très rares, albumineuses ; on y trouve quelques cylindres. Le sang contient 0 gr. 46 d'urée par litre. La dyspnée s'accroît et la température qui oscillait entre 37°5 et 38 monte brusquement à 39°. Le pouls bat à 120 avec quelques clochers à 140 ; il est petit mais assez régulier. En même temps, l'expectoration devient plus abondante et franchement sanglante. Le faciès est terreux. Les extrémités sont froides et cyanosées.

L'examen pulmonaire montre une matité des deux bases et des râles sous-crépitaux disséminés dans les deux champs pulmonaires et en particulier à droite.

Les traitements toni-cardiaques (ouabaïne, spartéine, digitaline) demeurent inopérants. L'expectoration persiste, l'adynamie s'accroît. La malade meurt le 1^{er} février 1939.

Pendant cette période préagonique, la malade est demeurée dans un état de prostration extrême, parlant peu, très préoccupée, à juste titre de son état physique et demeurant lucide. Le soir toutefois, l'anxiété faisait son apparition : les Allemands étaient-là, tout près et allaient l'enlever.

AUTOPSIE. — Ouverture de la grande cavité : pas d'ascite.

Poumons : Les deux plèvres contiennent 200 cc. de liquide hémor-

ragique. Il existe à droite de nombreuses adhérences, surtout à la face antérieure et inférieure, au niveau du plastron sterno-costal et de la coupole diaphragmatique.

Poumon gauche : Congestionné. Présence à la base de deux infarctus du volume d'une noix, en voie d'organisation.

Poumon droit : Congestion. Infarctus, également en voie d'organisation, siégeant à la base et volumineux infarctus, occupant presque tout le lobe moyen, d'aspect récent.

Cœur : Gros cœur. Oreillette gauche dilatée, bourrée de caillots, ainsi que le ventricule droit. Rétrécissement mitral extrêmement serré, adhérence étroite des valves n'admettant que la pointe d'un crayon.

Végétations verruqueuses sur la face auriculaire des valves.

La valvule tricuspide est dilatée, indemne de lésions. L'aorte est normale ; on note cependant la présence, sur la face ventriculaire d'une valvule sigmoïde, d'une petite granulation verruqueuse.

Foie : Hypertrophie. Poids : 2.080 gr. Aspect « muscade » caractéristique. Pas d'infarctus.

Rate : volume et poids normaux.

Reins et surrénales : Sans lésions macroscopiques. Volume et poids normaux. Pas d'infarctus.

Encéphale : Importante congestion vasculaire. Vaisseaux piémériens dilatés. Œdème cérébral marqué.

L'examen macroscopique ne révèle aucune lésion, en particulier, aucun foyer de désintégration.

En résumé : Cette femme de 45 ans, dont les antécédents héréditaires et personnels sont indemnes de tout épisode vésanique, présentait depuis 2 ans des troubles fonctionnels cardio-vasculaires liés à un rétrécissement mitral très important datant probablement de l'adolescence.

À l'entrée de la malade (4 jours après le début des troubles mentaux), deux ordres de symptômes :

1° Au point de vue psychique : une agitation maniaque atypique, avec appoint confusionnel.

2° Au point de vue somatique : un train de fièvre, des signes pleuro-pulmonaires, une dyspnée importante et des signes d'atteinte générale grave, ensemble symptomatique correspondant, selon toute vraisemblance, aux infarctus les plus anciens et aux premières réactions pleurales.

Au bout d'un mois de traitement, l'application d'une nouvelle thérapeutique toni-cardiaque amène une *sédation à la fois psychique et somatique*. Mais l'atteinte cardiaque est sévère et, après quelques jours de rémission, un tableau asystolique se

constitue et, parallèlement, se développent des troubles du caractère et des idées de persécution.

Finalement, un volumineux infarctus pulmonaire survient, signalé par une grosse poussée thermique et des hémoptysies, suivi rapidement par la mort de la malade.



Le parallélisme des deux ordres de symptômes psychiques et somatiques chez une cardiaque ancienne, l'obéissance des troubles psychiques à la thérapeutique toni-cardiaque, enfin, la gravité même des troubles cardio-vasculaires, sont autant d'arguments en faveur de l'étiologie cardiaque de cette psychose.

Il s'est agi, en l'occurrence, d'une psychose à forme maniaque présentant quelques éléments particuliers qui la rapprochent des états maniaques toxi-infectieux décrits par Dide et Guiraud dans leur livre. Ces auteurs insistent sur la fuite des idées avec grande loquacité et notent que l'humeur gaie est moins fréquente. Ils ajoutent que ces malades « peuvent présenter des symptômes maniaques pendant le jour, avec association nocturne possible d'onirisme ou de confusion ». Or, nous avons vu que ces différents symptômes sont précisément ceux que nous retrouvons chez notre malade ; la confusion et l'onirisme prédominaient le soir, mais survenaient également à titre épisodique dans la journée.

Les hypothèses pathogéniques soulevées par un tel cas clinique sont nombreuses. Laignel-Lavastine, dans le rapport qu'il fit avec Gilbert-Ballet au Congrès de Médecine de Lisbonne, insistait, en particulier, sur le rôle de l'insuffisance hépatique dans la genèse de ces états.

En ce qui concerne notre malade, les constatations cliniques et nécropsiques permettent de retenir cette hypothèse.

En effet, l'atteinte des émonctoires (insuffisance hépatique et insuffisance rénale) a certainement joué un rôle important dans l'apparition des phénomènes confuso-oniriques. Peut-être faut-il également invoquer cette pathogénie pour les autres troubles ; nous ne concluerons pas à ce sujet. L'auto-intoxication, les troubles de l'irrigation, la congestion passive et l'œdème cérébral que nous avons notés, les troubles certains de l'hématose dus, non seulement à l'état du cœur, mais à l'anémie et aux infarctus, tous ces éléments paraissent à retenir ; tous ont vraisemblablement concouru à réaliser le syndrome psychique.

Un cas de psychose de dégoût conjugal avec réaction infanticide, par MM. J. DEVALLET et P. SCHERRER.

Le clinicien éprouve parfois quelque difficulté à faire entrer dans les cadres nosologiques classiques certains cas cliniques cependant précis, et il reste hésitant sur la place qu'il faut assigner à ces cas dans la classification actuelle des maladies mentales.

L'observation que nous présentons aujourd'hui illustre assez bien cette remarque générale, en ce sens qu'elle ne correspond, d'une manière exacte et totale, à aucune forme habituelle de psychopathie.

Le lundi 16 janvier 1939, à B... (Nord), une femme de 32 ans, Berthe L., femme N., noyait ses deux plus jeunes enfants dans le canal et tentait de se suicider. Ecrouée à la prison de Dunkerque, elle bénéficiait d'une ordonnance de non-lieu après expertise médico-légale et entra le 21 janvier à l'hôpital psychiatrique autonome de Bailleul.

Antécédents héréditaires. — Elle est issue d'une famille d'ouvriers. Ses parents sont vivants et bien portants. Elle a deux sœurs en bonne santé. La famille est indemne de toute tare mentale ou neurologique.

Antécédents personnels. — On ne retrouve aucun épisode pathologique dans la jeunesse : premières règles à l'âge de 13 ans. Scolarité incomplète en raison de l'occupation allemande dans le pays.

À l'âge de 14 ans, ses parents la placent dans une filature où elle travaillera jusqu'à l'époque de son mariage.

Mariée à 19 ans, elle a eu, en 12 ans, 6 enfants dont l'un est mort en bas âge, et a fait une fausse-couche spontanée de 2 mois.

Examen somatique. — Cet examen pratiqué à l'entrée de la malade donne les résultats suivants :

La réflexivité est normale et on ne note aucun autre signe neurologique.

L'appareil digestif, les poumons et le cœur sont normaux. Tension artérielle : 12-6.

L'utérus remonte à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic : la malade est enceinte de 3 mois 1/2.

Interrogatoire. — Cette femme se présente d'une façon correcte, froide, sthénique ; et l'on écarte d'emblée l'hypothèse d'une mélancolie qui venait aussitôt à l'esprit en présence de ce suicide collectif. Sa lucidité est parfaite ; l'hypothèse d'une confusion mentale ne tient pas davantage.

En quelques mots brefs, et sans rien perdre de sa réserve un peu distante, elle nous expose les faits qui l'ont amenée ici et que les relations des journaux locaux nous avaient déjà fait connaître.

C'est en l'absence de son mari et de ses deux filles aînées qu'elle a

emmené un soir ses deux plus jeunes enfants jusqu'au canal où elle s'est précipitée avec eux. Les deux enfants ont été noyés, mais l'eau n'était pas assez haute pour la submerger elle-même. Elle remonte sur la berge, et, prenant un couteau, elle se fait au poignet gauche quelques entailles assez superficielles. Enfin elle rentre chez elle échevelée en disant : « J'ai tué mes deux petits enfants. Je veux mourir. » Dès ce moment elle donne comme motif de son acte que « les deux derniers enfants n'étaient pas comme les autres, qu'ils avaient la peau marquée comme leur père et qu'elle les avait tués pour qu'ils ne soient pas malheureux plus tard ».

Elle nous confirme que son mari était atteint d'ichtyose et que ses deux derniers enfants avaient la même maladie. Au moment où les symptômes de la maladie sont apparus chez le premier enfant, elle a consulté un médecin, et celui-ci lui a dit que l'affection était incurable. Dès ce moment, elle a redouté les grossesses. Enceinte à nouveau, elle éprouva la crainte obsédante d'avoir un enfant ichtyosique, songea un moment à se tuer avec l'enfant « marqué », résista à ce désir et fit des neuvaines pour que le nouveau-né soit normal. Mais celui-ci, comme le précédent, présenta très vite les symptômes redoutés. La malade se résigna et se fit un devoir de les soigner avec une application toute spéciale. Mais à la grossesse suivante, le désir qu'elle n'avait pas réalisé se présenta avec une force accrue et elle le mit cette fois à exécution, tentant de se suicider elle-même pour tuer en elle l'enfant à naître.

Elle n'éprouve pas de regret de son acte. Elle contemple d'un œil sec la photographie de ses enfants morts qu'on lui présente, et, si elle veut bien admettre d'une manière générale qu'on « n'a jamais le droit » de tuer, elle estime cependant et elle est convaincue qu'elle a eu raison.

Or, quels motifs allègue-t-elle pour légitimer ce double infanticide ? Uniquement cette maladie de peau, bénigne en soi, dont leur père est également atteint. « Ce n'est pas beau, c'est laid... Plus tard, ils auraient été malheureux... On se serait moqué d'eux à l'école... Les gens qui venaient chez nous disaient : « C'est dommage que ces deux enfants soient marqués comme leur père. » Elle ajoute : « Ce n'est pas agréable d'entendre cela. » Cette motivation est une motivation proprement délirante, empreinte d'un caractère en apparence altruiste ; mais il faut bien s'avouer que si une telle motivation paraît suffisante chez une mélancolique en état de dépression profonde, elle devient singulièrement indigente chez une malade sthénique.

Il nous est apparu dès l'abord que, derrière cette motivation consciente, il existait un complexe déjà ancien de haine et de dégoût conjugal infiniment plus impérieux, complexe que la malade a entouré d'une résistance très vive, mais qui apparaissait assez clairement dans le simple exposé des faits. Dans les premiers jours de l'internement, la résistance portait sur tout ce qui touchait à la vie conjugale de la malade. Toute question sur ce sujet demeurait sans réponse. Elle invo-

quait sans cesse des défaillances de mémoire : « Je ne sais plus. » On avait l'impression d'arriver là dans une zone défendue. Cette impression fut confirmée par les renseignements que nous donna la famille ; jamais elle ne s'était ouverte à personne, pas même à ses proches parents de ses chagrins intimes : « Elle paraissait sombre : on savait qu'elle était malheureuse et que son mari courait les cafés. On n'en savait pas davantage. »

Cette résistance persista pendant les trois premières semaines de l'internement, puis céda peu à peu et nous pûmes obtenir de la malade des détails suffisamment précis pour reconstituer les étapes de sa vie affective et la genèse de la psychose de dégoût que nous supposions être à l'origine de son crime.

Elle a fait la connaissance de son mari à l'âge de 15 ans, à l'usine où elle travaillait. Jamais, jusqu'alors elle n'avait éprouvé le moindre sentiment pour aucun homme et il est certain, comme nous l'a dit sa sœur, « qu'elle n'a jamais connu que lui ». Elle était d'une nature réservée et éprouvait probablement une certaine froideur vis-à-vis des choses sexuelles. Ses longues fiançailles demeurèrent absolument chastes. Son fiancé était beau garçon ; il avait de « belles manières ». Elle n'en était pas très amoureuse, mais, n'ayant jamais été recherchée que par lui, elle trouvait naturel de l'épouser. Dès cette époque, cependant, il avait la réputation d'être brutal et peu sérieux. Mais il la dominait et l'avait même menacée de lui « faire des histoires » si elle ne l'épousait pas. On note déjà ici l'attitude de soumission et de crainte qu'elle adoptait à l'égard de son fiancé, attitude qui devait s'accroître encore par la suite.

Le mariage apporte à la malade une révélation extrêmement pénible. Son mari était atteint d'une forme assez sévère d'ichtyose, dont elle se plait, dans son récit, à exagérer la gravité.

« Sa peau est écailleuse, rugueuse. Avant mon mariage, je pensais qu'il n'en avait qu'aux mains ; mais il en a sur tout le corps, c'est horrible. » Les rapports sexuels inspirent de ce fait même à la malade un véritable dégoût. De plus, son mari, homme très fruste, ne se soucia jamais que de son propre plaisir et ne fit jamais montre de la moindre délicatesse. Cette femme demeura pendant tout son mariage absolument frigide. Les rapports sexuels n'étaient pour elle qu'un pénible devoir que son mari lui imposait d'ailleurs quotidiennement avec une régularité que n'interrompaient même pas les grossesses, si avancées soient-elles. De plus, il rentrait fréquemment ivre, et, si cet état le rendait incapable de pratiquer le coït, il réveillait sa femme dans la nuit pour assouvir son désir. Il lui reprochait d'ailleurs sa frigidité et il fallait encore qu'elle mimât un plaisir qu'elle n'éprouvait point.

Le dégoût né ainsi dans le lit conjugal devint, de jour en jour, plus intense. La malade redoutait le moindre baiser de son mari et s'efforçait de s'y dérober. C'était au sens le plus littéral, « Le baiser au Lépreux ». Sa simple présence lui était pénible.

Il est remarquable que le conflit entre le dégoût éprouvé pour le mari et les tendances morales très strictes de cette femme se soit résolu d'emblée dans une résignation en apparence parfaite. En effet, à aucun moment elle n'a reproché à son mari de lui avoir dissimulé son infirmité, jamais elle ne s'en est irritée ouvertement et jamais elle n'en a parlé à qui que ce soit. Elle s'acquittait avec dévouement de toutes les obligations de son état. Elle apparaissait à tous comme une excellente épouse et une mère de famille modèle.

Absolument éloignée de toute idée d'adultère, elle ne pensa pas davantage à quitter son mari. Si tant est que cette idée se présenta à son esprit, elle fut vite refoulée, car il n'en subsiste aucune trace dans sa mémoire. Cependant, ayant découvert un jour une lettre prouvant l'infidélité de son mari, elle fit immédiatement ses malles, comme si l'éventualité d'un départ avait déjà fait l'objet, chez elle, de mûres réflexions. Mais elle attendit son retour et céda à ses supplications. Toute évasion lui était impossible. Elle n'imaginait d'ailleurs aucun moyen d'échapper à son persécuteur. *Le désir de sa mort* se présenta bien à son esprit, mais réfréné, là encore, par des barrières d'ordre moral, il ne s'exprima jamais dans la conscience que sous une forme voilée : « Je pensais quelquefois que s'il était mort pendant la guerre, lorsqu'il a été blessé par une bombe, *cela aurait mieux valu* pour tout le monde. »

Ainsi la malade se présentait comme une persécutée inconsciente, chez laquelle toute libération semblait interdite, d'une part en raison de ses principes moraux, d'autre part en raison de ses tendances spontanées à la soumission et au repliement sur soi-même.

Elle était dans cet état d'équilibre instable quand elle accoucha de ses deux enfants ichtyosiques. Tout ce qui était représentatif de son mari et inséparable de son dégoût et de sa haine se retrouvait chez ces enfants. Les soins tout spéciaux qu'elle leur a prodigués ont pu lui faire illusion à elle-même, comme ils ont fait illusion à l'entourage ; il n'est pas jusqu'à la motivation avouée de son crime qui n'ait pu en imposer pour un véritable altruisme morbide. En réalité, nous pensons que derrière ces apparences se dissimulait une haine inconsciente contre ces 2 enfants, image de leur père, et que l'infanticide prend ici la valeur d'une véritable libération.

Il s'est agi, en somme, d'un *phénomène de transfert* : le dégoût et la haine qu'inspirait le mari ont été reportés sur les enfants. Ces sentiments ont été profondément enfouis dans l'inconscient et violemment combattus : l'attitude de mère dévouée n'est que l'expression de cette défense. Cependant le refoulement n'est pas si parfait qu'il ne laisse transparaître dans d'autres attitudes certaines sollicitations de l'inconscient. En effet :

1° L'unique avis médical demandé pour les enfants, l'accep-

tation si rapide du pronostic d'incurabilité nous paraissent en opposition avec un sentiment maternel profond ; et il fallait que ce pronostic d'incurabilité répondit à un désir inavoué de la malade pour qu'elle n'envisageât pas la nécessité de consulter d'autres médecins qui lui eussent apporté l'espoir, sinon la guérison.

2° Le crime fut bien accompagné de tentative de suicide. En fait, trois tentatives se succédèrent à quelques minutes d'intervalle. La première seule nous paraît sérieuse, encore que la malade soit sortie de l'eau assez rapidement (les deux enfants étant tués). La deuxième fut poussée beaucoup moins loin puisque l'essai de section de la radiale se réduisit à une entaille très superficielle. Enfin, une corde attachée à la poutre d'une cabane est le seul témoin d'une troisième tentative qui, celle-là, demeura à l'état de simple velléité et ne reçut aucun commencement d'exécution. Ajoutons que, rentrée d'elle-même chez une voisine, la malade supplia celle-ci de lui « donner un revolver pour se tuer », se déchargeant ainsi sur les autres du soin de veiller sur son existence.

3° Son désir de mourir est donc allé en décroissant depuis le moment où ses deux enfants ont cessé de vivre.

Depuis qu'elle est internée, non seulement elle n'a fait aucune tentative de suicide, mais elle témoigne d'un attachement normal à la vie. Elle ne pleure pas ; elle sourit même assez volontiers quand on lui parle. Elle s'occupe d'une façon régulière, prend part à la conversation des autres malades travailleuses et montre à cette occasion une animation et une gaieté normales. Elle a dit à son père qu'elle était beaucoup plus heureuse maintenant. Cet apaisement manifeste n'est troublé par aucun remords : il est tout à fait comparable au soulagement des délirants qui ont exécuté leurs persécuteurs. Seuls les progrès de sa grossesse l'inquiètent en lui faisant redouter la naissance d'un enfant ichtyosique.

Ce sentiment de haine, transféré sur les enfants et profondément refoulé, n'a pu se traduire dans la conscience claire que sous une forme profondément remaniée, véritablement caricaturale. *L'hypocondrie altruiste*, seul équivalent acceptable, représente, en quelque sorte, le négatif de cette haine. Entre ces deux sentiments extrêmes, entre ce positif et ce négatif, les « concordances » suivantes peuvent être établies :

1° Le mari est un bourreau qui fait souffrir. Les enfants sont des victimes qui souffriront.

2° Mieux vaut tuer cet homme que de vivre avec lui cette existence pénible. Mieux vaut tuer les enfants que de les laisser à l'existence pénible qu'ils vont avoir.

3° Elle tuerait son mari pour *se* délivrer. Elle a tué ses enfants pour *les* délivrer.

4° Enfin, l'horreur du contact de son mari s'exprime sous la forme de la crainte des grossesses. Elle dit encore aujourd'hui : « Jamais je ne retournerai avec lui ; j'aurais encore des petits malheureux. »

*
**

Ainsi que nous l'écrivions au début de cet exposé, le cas clinique que nous venons de décrire nous paraît difficile à intégrer dans un cadre nosologique. Selon la psychiatrie classique, deux diagnostics doivent être discutés : celui de psychose obsessionnelle et celui de paranoïa.

En faveur du premier diagnostic, nous devons souligner que l'idée d'infirmité incurable s'est présentée à l'esprit de la malade d'une façon véritablement obsédante, qu'il y a eu lutte contre la réalisation du crime lors de l'avant-dernière grossesse, et lutte victorieuse. Toutefois, le caractère même de la malade n'est pas celui d'une obsédée. La mort de ses enfants ne lui apparaît nullement comme monstrueuse, elle continue à considérer son acte comme rationnel : il est en continuité avec sa personnalité. Ces derniers éléments correspondent plutôt à ce que l'on observe dans la paranoïa.

Mais, quelle que soit l'importance des facteurs constitutionnels, le mécanisme psychologique inconscient qui est à la base de l'idée prévalente nous paraît centrer l'intérêt de la question. C'est pourquoi nous avons choisi le terme de « psychose de dégoût conjugal », qui met l'accent sur le conflit actuel. Les cas semblables nous ont paru assez rares. Constance Pascal, dans son livre « Chagrins d'amour et Psychoses », en cite quelques-uns, et les groupe sous la rubrique de « sinistrose conjugale ». Elle signale, au cours de sa description, la possibilité d'extension de la haine conjugale aux enfants, mais ne rapporte pas de cas d'infanticide.

Un dernier point doit être discuté : quelle influence exerce l'état de grossesse sur le développement de la psychose. Nous avons noté que si le transfert de la haine conjugale sur les enfants survint dès la naissance d'un enfant ichtyosique, le désir de meurtre ne se manifesta que pendant la grossesse sui-

vante, et céda au moment même de l'accouchement, malgré la naissance d'un deuxième enfant également ichtyosique. Ce n'est qu'au moment d'une nouvelle grossesse que cette idée se présenta à nouveau avec toute sa force à l'esprit de la malade et qu'elle la mit à exécution.

Cette relation ne peut être négligée et nous pensons que l'état d'instabilité, de déséquilibre hormonal qui accompagne la gravidité a mis la malade dans les conditions optima pour réaliser ses désirs profonds.

M. GUIRAUD. — J'ai dans mon service une malade tout à fait comparable : une débile internée après expertise pour avoir, étant enceinte, tué son enfant âgé de 16 mois, en lui fracturant le crâne. Elle n'a aucun délire, n'est pas maniaque, n'est pas obsédée, est très réticente, mais elle semble avoir, à l'égard de son mari, une hostilité dont le transfert sur l'enfant de celui-ci est peut-être bien l'explication de son crime.

M. G. DUMAS. — Je ne vois pas pourquoi les auteurs font jouer à l'inconscient un rôle dans la conduite de leur malade qui a parfaitement conscience de toute sa conduite. L'inconscient est un tiroir commode, dont on se sert parfois, alors qu'il est inutile.

M. HESNARD. — Je comprends l'objection de M. G. DUMAS. La motivation de l'acte de la malade est délirante mais elle n'est pas inconsciente. L'originalité du cas réside dans le fait que, sauf sur cette motivation, la malade ne délire pas.

Il y a, dans l'emploi du mot inconscient, souvent un malentendu. On a reproché aux psychanalystes de l'utiliser illégitimement, en leur faisant remarquer que si les idées des névropathes sont l'expression de refoulements dans l'inconscient, les idées délirantes de la psychose hallucinatoire chronique n'ont aucun rapport avec l'inconscient. Le délirant chronique ne refoule rien. La malade en est arrivée au crime par accumulation de rancœur : c'est un crime de névropathe, peut-on dire.

M. G. DUMAS. — Ces subtilités me paraissent bien spécieuses. Mais pour la malade en question, je ne vois pas le rôle de l'inconscient. Elle dit avoir du dégoût non à l'égard de toutes les maladies, mais à l'égard seulement de celles dont est atteint son mari qui la dégoûte. Tout cela est très conscient.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — M. Pierre Janet devrait nous dire son opinion à ce sujet.

M. Pierre JANET. — Cette discussion sur le rôle des phénomènes psychologiques conscients et des phénomènes psychologiques inconscients me paraît bien difficile tant que nous n'aurons pas des notions plus précises sur ce que nous appelons conscient et subconscient et l'interprétation de ces deux termes soulève bien des problèmes. A ce propos je voudrais vous proposer seulement une indication sur un aspect particulier de cette question dont la considération peut, dans quelques cas, nous être utile.

Permettez-moi de préciser par le récit d'une petite impression personnelle ; pour l'indiquer, je dois vous avouer une faiblesse, c'est que j'abandonne trop souvent les travaux sérieux pour des recherches bien inutiles de ma part sur des études botaniques qui ne me conviennent pas du tout et que l'hiver je perds mon temps à étudier des plantes récoltées pendant l'été. Cet hiver, je me trouvais devant une petite plante rapportée d'Aix-en-Provence, qui me paraissait tout à fait inconnue et que je croyais être obligé d'étudier à la loupe par une méthode de recherche à peu près scientifique. Cependant, ma pensée murmurait un mot qui m'étonnait fort, le terme technique « *Chrysosplenium* » et la plus simple vérification me montra que c'était bien le nom de cette plante qui m'embarrassait. Je suis cependant bien certain de n'avoir eu consciemment aucune connaissance de cette plante ni de ce nom. Comme je ne peux pas me dire qu'il s'agit d'une révélation mystérieuse d'une déesse de la botanique bienveillante, il faut bien admettre une connaissance subconsciente pénétrant dans le champ de la conscience.

Si je réfléchis à ce petit fait, je dois rappeler que le diagnostic d'une plante comme d'ailleurs le diagnostic d'une maladie peut se faire de deux manières très différentes. Il y a l'analyse scientifique qui détermine la forme et la place des organes de la fleur ou l'analyse des symptômes présentés par le malade et il y a une connaissance simplement perceptive par la constatation d'un caractère simplement apparent qui éveille la prononciation d'un mot. Si un enfant nous présente une fleur jaune qu'il vient de ramasser nous dirons : « C'est un pissenlit » sans faire aucune analyse botanique. Je me souviens que Charcot autrefois aimait à répéter un paradoxe : après une leçon précise sur les symptômes d'une maladie et sur leur constatation il nous disait : « Tout cela est au fond bien inutile, car un bon médecin neurologiste doit faire le diagnostic en voyant le malade entrer dans son cabinet ». Il est certain que j'avais vu peut-être il y a longtemps dans la belle flore illustrée de Bonnier des dessins de ce « *Chrysosplenium* » avec le nom au-dessous de la planche et que ce souvenir

revenait sans réflexion tandis que la connaissance scientifique de la plante était absente.

Ce petit fait nous montre que nos connaissances, nos souvenirs, nos langages forment des groupes plus ou moins distincts : les termes contenus dans un groupe sont plus ou moins cohérents et s'évoquent facilement l'un l'autre, tandis que les termes appartenant à des groupes différents sont plus ou moins séparés et exigent, pour s'évoquer l'un l'autre, des circonstances particulières ou des actes de synthèse d'un rang supérieur. Permettez-moi encore à ce propos une petite observation personnelle : autrefois, il y a malheureusement longtemps, j'avais à diriger une grande classe de philosophie au lycée Condorcet qui a contenu jusqu'à cent dix élèves. Par habitude du professorat, quand j'étais dans la classe même, je connaissais parfaitement les noms de tous les élèves et une foule de détails sur chacun d'eux. Un jour, dans une rue de Paris, deux jeunes gens m'ont abordé et m'ont parlé très aimablement ; je leur répondais avec un certain embarras car je ne pouvais pas du tout savoir à qui j'avais affaire et qui pouvaient bien être ces deux jeunes gens qui paraissaient me connaître. Ce n'est que le lendemain dans la classe que je les ai parfaitement reconnus. Une foule de groupes de ce genre existent dans notre esprit et leur séparation est dans certains cas très exagérée, comme on le voit dans certains états pathologiques et en particulier dans les somnambulismes. Quand une de ces représentations qui appartient à un certain état psychologique distinct est pour certaines raisons éveillée accidentellement au moment où l'esprit est dans un autre état, son apparition étonne et elle paraît venir d'un certain subconscient distinct de la conscience. Ce problème a déjà été discuté au moins en partie dans la préface que j'ai écrite pour le livre intéressant de M. Konczewski, « La pensée préconsciente et la dualité psychologique de la conscience » (1938).

Ce n'est là qu'un des aspects que peut prendre dans certains cas le problème complexe du conscient et de l'inconscient. Il serait nécessaire de mieux préciser les autres formes psychologiques que l'on a confusément accumulées dans ce *caput mortuum* de l'inconscient avant d'expliquer un trouble mental par l'intervention de l'inconscient.

M. DEVALLET. — Ce qui est inconscient chez notre malade, c'est sa haine pour les enfants. On ne peut lui faire avouer le rapport entre son dégoût pour son mari et l'idée qu'elle eut de tuer ses enfants, idée qu'elle prétend être celle de les soustraire à un avenir pénible. Cet avenir était de dégoûter autrui.

Valeur pathogénique des troubles du caractère observés chez les buveurs, par MM. J. DUBLINEAU et H. DUCHÈNE.

Nous n'envisagerons ici que les troubles du caractère et les états de confusion curable, laissant de côté le *delirium tremens*, la polynévrite, la démence, faits spéciaux.

Dans ces limites, on classe facilement les alcooliques mentaux en deux groupes :

1° Ceux qui présentent des troubles du caractère massifs, sur lesquels se greffent, par intervalles, des épisodes confusionnels subaigus ou confuso-oniriques récidivants, mais curables, plus rarement des délires ; sujets à ivresses fréquentes, à internements multiples, mais longtemps lucides.

2° Ceux qui présentent, avec des troubles du caractère variables (ou inconstants), des épisodes maniaco-dépressifs, confusionnels, dissociatifs, à pronostic souvent défavorable d'emblée, l'évolution se faisant vers des états de confusion chronique ou de schizophrénie.

En principe, les sujets du premier groupe sont plus tolérants que ceux du second. Ils font des excès massifs, et pourtant les complications psychiques se limitent chez eux à des troubles mineurs. Les autres, pour des excès souvent moindres, sont d'emblée à la limite de la dissociation.

Deux ordres de faits doivent être discutés : 1° dans quelle condition apparaissent les troubles du caractère ? 2° Pourquoi, dans certains cas, les troubles se limitent-ils, en dépit d'excès massifs, à des troubles du caractère ou à des épisodes confusionnels curables ? Seul sera envisagé ici le premier point, le second devant faire l'objet d'un travail particulier (1).

On peut observer d'abord que les sujets à troubles du caractère massifs, ceux du premier groupe, s'apparentent, typologiquement et socialement, à ceux de deux autres catégories d'individus :

a) Les buveurs à ivresses plus ou moins fréquentes, mais *tolérants* dans l'ensemble : sujets qui ont bu toute leur vie, sans en paraître autrement incommodés. Ce type, il faut le reconnaître, existe. Certains de ces individus atteignent même un âge avancé, semblant justifier le vieil adage : « l'alcool conserve ».

b) Les buveurs paraissant *psychiquement tolérants*, mais qui,

(1) *Ann. Méd.-Psych.*, juin 1939.

tôt ou tard, entreront à l'hôpital (et non à l'hôpital psychiatrique) pour des troubles hépato-digestifs ou neurologiques (cirrhoses, polynévrites, etc...).

Pour que le buveur s'oriente vers les troubles du caractère, trois conditions, isolées ou conjointes, nous paraissent nécessaires :

- un type particulier de *structure caractérielle* ;
- un ensemble de *facteurs acquis* pouvant donner par eux-mêmes des troubles du caractère, et dont l'adjonction ne peut, éventuellement, qu'aggraver les tendances constitutionnelles précitées ;
- enfin, une *formule déterminée d'intoxication* : essentiellement, l'intoxication par le vin.

Par un véritable cercle vicieux, nous ajouterons que le comportement de l'individu le pousse à acquérir tôt ou tard les facteurs dont il est parlé ci-dessus. De sorte que les deux ordres de faits s'observent souvent conjointement. D'où la gravité sociale des troubles (l'internement sanctionnant les cas les plus sérieux).

I. TERRAIN CONSTITUTIONNEL. — Du point de vue structural, les tendances caractérielles peuvent être centrées autour de deux pôles :

— d'une part, la sphère *émotivo-motrice*, qui groupe tous les états de turbulence, d'instabilité motrice ou psychique, ou leurs contraires (asthénie psychomotrice), ou leurs dérivés (attitudes hystéropathiques, obsessionnelles ou schizoïdes) ;

— d'autre part, la sphère *instinctivo-motrice*, où s'inscrivent les faits d'impulsivité, d'explosivité épileptoïde, ou leurs contraires (apathie, glyschroïdie), ou leurs dérivés (attitudes paranoïaques, hypocondriaques, certains syndromes pervers purs).

Parmi les deux groupes de buveurs distingués plus haut, ceux du premier groupe, compliqués de troubles du caractère, se rapprochent dans l'ensemble des formes instinctivo-motrices. Ils en ont les manifestations explosives de longue date, l'autoritarisme, qui en feront plus tard des bourreaux domestiques, l'hypocondrie, une tendance précoce à l'amoralité et à l'instabilité sociale, aboutissant au chômage chronique. Sur 7 individus dont nous publions l'observation par ailleurs (1), on trouve 6 fois de multiples délinquances, dont plusieurs passages en Conseil de Guerre pour désertion, coups à supérieurs, 8 affaires

(1) *Ann. Méd.-Psych.*, juin 1939.

de vol et de coups et blessures, etc... Deux d'entre eux se sont évadés, l'un du pénitencier, l'autre de l'Asile (où il avait été interné après simulation de troubles mentaux). Encore ces chiffres ne représentent-ils qu'un minimum basé sur des déclarations plus ou moins réticentes.

Tous ces sujets (dont 5 au surplus sont tatoués) sont sans travail depuis plusieurs années (troubles du caractère, ivresses, incapacité par épilepsie ou tuberculose).

II. RÔLE DES ASSOCIATIONS MORBIDES. — Cette délinquance, cette instabilité sociale révélées souvent dès l'adolescence, avant le début des excès alcooliques, n'ont pu qu'être aggravées, sinon complètement extériorisées par ces derniers. Mais on peut se demander si des abus de boisson, commencés dès cette époque de la vie, n'exaspèrent pas les poussées paranoïaques et impulsives transitoires si fréquentes chez les jeunes gens et ne fixent pas ainsi, dans une ligne à prédominance instinctivo-motrice, des tendances encore incertaines.

Quoi qu'il en soit, même dans cette hypothèse, nombre de sujets n'en resteraient pas moins indemnes de toute aliénation mentale, si des faits nouveaux ne s'observaient chez eux par la suite.

Nous avons insisté, par ailleurs, sur la fréquence de ces manifestations : syphilis, paludisme, traumatisme céphalique grave, hypertension artérielle, sont, chez ces buveurs, d'observation courante. Or, la plupart de ces facteurs peuvent être, par eux-mêmes, pris isolément, générateurs de troubles mentaux (caractériels ou confusionnels), analogues à ceux des buveurs.

A) Nous passerons rapidement, en dépit de son importance considérable, sur le rôle du *facteur endogène hépato-rénal* dans la pathogénie des troubles. Ce sont des faits que nous avons discutés naguère (1) ou sur lesquels nous nous proposons de revenir ultérieurement.

a) *L'hypertension artérielle* s'accompagne fréquemment pour son propre compte d'irritabilité, colères, impatiences impulsives et passagères. Or, permanente ou paroxystique, elle est fréquemment observée dans la détermination des habitudes alcooliques, qu'elle soit leur cause ou leur conséquence. Parfois, en effet, elle s'observe chez un sujet jeune, qu'on ne peut considérer comme déjà sclérosé par l'alcool. Parfois, au contraire, elle accompagne un tableau d'artériosclérose, lui-même de patho-

(1) *Ann. Méd.-Psych.*

génie complexe, la sénescence précoce pouvant relever à la fois de l'alcool et de la syphilis.

b) Des discussions de même ordre pourraient s'instaurer à l'occasion des troubles *hépatiques* chez les buveurs, l'*hépatisme* s'accompagnant, comme on sait, d'un cortège de particularités caractérielles (morosité, hypocondrie, etc.) se rattachant aux faits de la série instinctivo-motrice. L'un de nous, à l'occasion d'études expérimentales sur l'azotémie en psychiatrie, a d'ailleurs rappelé la double pathogénie possible, centrale et viscérale, des troubles hépatiques ou rénaux, dans le syndrome somatique de la confusion mentale.

B) Nous voudrions surtout rappeler ici l'existence de certains *facteurs exogènes* dont l'importance ne nous paraît pas avoir suffisamment retenu l'attention.

a) Il est difficile de déterminer dans quelle mesure le *paludisme*, qu'on retrouve souvent dans les antécédents de nos buveurs internés, intervient dans la détermination des troubles du caractère. Le paludisme, par lui-même, est rarement, semble-t-il, générateur de troubles mentaux. Par contre, on peut se demander s'il ne modifie pas la virulence de la syphilis dans les cas où elle lui est associée. Il s'agit, en effet, assez souvent, de syphilis contractées aux colonies, à partir de souches syphilo-malariques, et peut-être modifiées en tant que telles. Il n'est pas impossible que ces souches prédisposent plus volontiers, au cas de complications mentales, à des formes mineures : troubles du caractère simples, confusions sans démence, ou démences peu évolutives. Nous ne reviendrons pas sur ces faits, longuement étudiés par l'un de nous dans une série de publications.

b) La *syphilis* donne, pour son propre compte, des troubles du caractère (nous en avons publié un cas, véritable encéphalite syphilitique à forme médico-légale) (1). De même, les troubles du caractère constituent la forme la plus dégradée de la paralysie générale à son début (phase médico-légale), sans parler des formes revendicatrices et caractérielles de la paralysie générale malarisée. Dans tous ces cas, il s'agit de syphilis particulières (formes hypovirulentes ou terrain allergique). D'autre part, l'alcoolique est souvent lui-même, en même temps, un hérédo-syphilitique.

c) Le *traumatisme céphalique*, est-il besoin de le rappeler, est souvent suivi de troubles de l'humeur et du caractère (syndrome caractériel des trépanés). Or il se retrouve souvent, plus

(1) *Ann. Méd.-Psych.*, 1936,

ou moins ancien, dans le passé des buveurs, qu'il y ait eu ou non, par la suite, des manifestations comitiales.

d) Reste le problème de l'épilepsie. Problème complexe. Il est classique de considérer, à la lumière de la clinique et de l'expérimentation, l'alcool comme un « poison convulsivant ».

Toutefois, l'épilepsie apparaissant chez le buveur est souvent assez atypique dans ses manifestations : elle rappelle plutôt les ictus épileptiformes des artérioscléreux, d'autant plus qu'elle survient sur un terrain hypertendu, spécifique ou mixte, comme c'était le cas dans deux des sept observations citées plus haut.

Inversement, l'épilepsie essentielle est souvent donnée comme s'observant chez des hérédéo-alcooliques, tout se passant comme si les excès avaient « préparé » l'enfant en l'intégrant aux sujets de type instinctivo-moteur.

Par contre, quand un sujet atteint d'épilepsie apparemment essentielle contracte des habitudes alcooliques, ses tendances caractérielles, qui sont déjà de type instinctivo-moteur, ne sont guère aggravées en soi par les excès. Ceux-ci sont, en effet, généralement modérés du fait de l'intolérance. Au cas d'excès plus importants, ou de particulière intolérance du sujet (débilité mentale concomitante en particulier), on se trouve en présence d'un véritable psychopathe. L'abus, même modéré, de boisson, oriente alors délibérément le sujet vers la psychose : confusion à évolution prolongée ou chronique, délire, menaces de désagrégation psycho-pragmatique.

III. NATURE DE L'INTOXICATION. — Dans une étude statistique qui paraîtra prochainement, nous avons pu noter que les troubles du caractère, au moins pour les sujets de la région parisienne, s'observaient plus spécialement chez les buveurs de vin, singulièrement de vin rouge. Le vin blanc n'intervient qu'à titre d'appoint. Le plus souvent, les sujets s'en méfient : « Ça les rend électriques, ça leur monte au cerveau, etc... ». Le vin blanc se présente, dans l'échelle psychiatrique des troubles, comme intermédiaire entre le vin rouge et les essences. A mesure que le sujet associe au vin rouge des habitudes alcooliques proprement dites, et à plus forte raison chez l'alcoololo-maniaque pur, les troubles du caractère, tout en persistant, se compliquent d'épisodes oniriques et confusionnels de gravité variable.

En résumé, les troubles du caractère chez les buveurs supposent :

1° Une limitation des excès au vin, et essentiellement au vin rouge, l'alcool tendant à donner des troubles à type confusionnel.

2° Un terrain spécial, de type instinctivo-moteur, isolé, ou associé, ou remplacé par les antécédents spéciaux, eux-mêmes plus ou moins groupés (syphilis, paludisme, traumatisme céphalique grave), sans préjudice d'une hypertension artérielle fréquente, tous faits susceptibles de donner par eux-mêmes des troubles du caractère et du comportement du même genre que ceux décrits comme complications de l'alcoolisme mental.

Le moins qu'on puisse dire est donc qu'il existe toute une série d'interactions aboutissant à une formule psychopathologique particulière. De ces interactions, il serait certes intéressant de dégager le déterminisme et, pourrait-on dire, le caractère de fatalité. Le complexe instinctivo-moteur, dans ses formes extrêmes d'instabilité sociale et d'amoralité, assigne à nombre d'individus — et M. Heuyer a, depuis longtemps, insisté sur ce point — une odyssée dont on peut prévoir les étapes. Il conduit le sujet à l'expatriement, sous une forme ou sous une autre. Expatrié, l'homme risque le paludisme, la syphilis. Au retour, il reste un délinquant, un instable social, un bourreau domestique. Dans un autre ordre d'idées, on peut se demander si, ayant été chercher son paludisme, sa syphilis, il n'ira pas à nouveau chercher le traumatisme, moins peut-être à l'occasion d'un état d'ivresse que d'une baisse dans la précision des mouvements.

Enfin, son type morphosomatique le prédestine à une certaine tendance à l'hypertension artérielle. Cette dernière elle-même s'accroît avec la sclérose résultant des excès. Il n'en demeure pas moins que, dans la pathogénie et la détermination des troubles du caractère, on ne saurait, chez le buveur, détacher de la notion d'excès la somme de facteurs, constitutionnels ou acquis, si souvent concomitants.

Sur les facteurs de curabilité dans certains troubles mentaux des buveurs, par MM. J. DUBLINEAU et H. DUCHÈNE.

Nombre de buveurs, internés pour troubles du caractère et du comportement, présentent, sur ce fonds de déséquilibre, des épisodes confusionnels récidivants, mais *curables* en dépit du caractère massif des excès.

Le sujet, à l'Asile, se montre calme, discipliné, rapidement apte, sauf exception, aux travaux de l'extérieur. L'onirisme et la confusion subaiguë, l'état subfébrile, s'amendent très rapidement. Le rôle de l'excès semble démontré, en principe, par

l'effet même du sevrage. On peut se demander toutefois pourquoi ces troubles sont transitoires, alors que d'autres sujets, pour des excès moindres, évolueront vers un état psychopathique prolongé, sinon définitif. Comme pour la pathogénie des troubles du caractère, que nous étudions par ailleurs (1), deux facteurs, constitutionnel et acquis, doivent intervenir.

A) FACTEUR CONSTITUTIONNEL. — C'est un fait que les sujets du type instinctivo-moteur ont, dans l'ensemble, tendance à ne pas délirer, ou à présenter des délires limités. On voit exceptionnellement le pervers instinctif — et l'un de nous naguère a insisté sur ce point (2) — interné pour délire chronique. Le plus souvent, sa constitution porte le sujet aux troubles graves du caractère et du comportement, sans délire.

A mesure que la formule instinctivo-motrice quitte le plan affectivo-moteur (tendances instinctives, impulsivité) pour le plan idéo-affectif (hypocondrie, paranoïa), la possibilité du délire s'étend déjà : l'épileptoïde peut présenter des états confuso-oniriques ou oniroïdes, à formules plus ou moins complexes (états crépusculaires, etc...), mais limités dans le temps. Un degré de plus, et c'est le délirant paranoïaque, hypocondriaque ou passionnel. Son délire est limité, à « dissociation partielle », pourrait-on dire, si l'expression ne prêtait à ambiguïté. Tout se passe comme s'il se développait « à côté » de la personnalité du sujet. De toutes façons, il respecte le pragmatisme de ce dernier.

A l'extrême limite de la série, on trouve les paraphrénies évoluant sur des terrains à tendances déjà moins caractérisées. Au-delà, on tombe dans les psychoses du type émotive-moteur (états schizophréniques, paranoïdes ou psychasthéniques sous leurs différents types).

Au total, les troubles mentaux, quand ils se manifestent chez l'instinctivo-moteur, tendent spontanément à la limitation dans la *forme* (délires passionnels ou interprétatifs de jalousie, revendication, etc.), ou dans le *temps* (confusion transitoire de l'alcoolique ou de l'épileptoïde, etc.). Le type structural du terrain paraît donc intervenir dans la détermination de la formule psychopathique.

B) FACTEURS ACQUIS. — On peut se demander si des états comme le paludisme ou l'hypertension artérielle ne créent pas

(1) *Ann. Méd.-Psych.*, juin 1939.

(2) *Evolution Psychiatrique*, oct. 1935.

eux-mêmes, chez l'individu, un terrain de résistance — on pourrait presque dire : un terrain allergique — à l'égard de la dissociation :

1) Pour ce qui est du *paludisme*, on a décrit des faits de ce genre à l'occasion de la malariathérapie. Certains auteurs, Claude en particulier, ont attribué, dans l'arrêt de l'évolution pégétique, un rôle spécifique au paludisme. Certains cas ont pu, en effet, rétrocéder après une impaludation, apparemment manquée et en l'absence de tout accès fébrile.

2) Pour ce qui est de l'*hypertension*, elle accompagne nombre d'états de type instinctivo-moteur. Or, les hypertendus peuvent présenter des délires extrêmement actifs, mais ces derniers ne troublent que modérément, en général, le pragmatisme de l'individu. Par une assimilation assez grossière, il se passe chez eux, pourrait-on dire, ce que l'on observe chez le tuberculeux pulmonaire à forme scléreuse : hémoptysies abondantes et à répétition, mais dans l'ensemble, résistance de l'individu à l'infection tuberculeuse et pronostic relativement favorable.

Il est facile d'ailleurs d'apporter la preuve inverse : les états de dissociation psychique complète (schizophrénie, états paranoïdes) ont tendance, en effet, à s'accompagner d'hypotension artérielle.

On peut penser que l'apparition, chez un sujet, d'hypertension artérielle, soit par l'effet de la sclérose alcoolique, soit par tout autre mécanisme, confère à ce sujet les mêmes caractéristiques que celles de l'instinctivo-moteur ou de l'hypertendu constitutionnel pour la formule éventuelle de la psychose.

3) Aux faits précédents pourraient s'ajouter les constatations que suggère l'observation des troubles mentaux dans les *traumatismes craniens*. En dépit de quelques rares observations, on peut dire que les psychoses post-traumatiques présentent exceptionnellement un type schizophrénique. Il s'agit plutôt (Masquin) de pseudo-démences précoces à évolution *démentielle*, distinctes des processus très particuliers de la *dissociation* schizophrénique. La fréquence du traumatisme dans le passé des buveurs rend compte, dans une certaine mesure, de la forme particulière de leurs troubles psychiques au point de vue tant clinique qu'évolutif.

4) Rappelons enfin que l'éventuelle association *syphilo-paludéenne* confère aux sujets un type peu évolutif de psychopathie syphilitique. Le sujet se fixe dans une forme de résistance dont les types psychiatriques post-malariathérapiques constituent des

exemples classiques. A défaut du paludisme, d'autres *pyrexies* importantes (typhoïde, typhus, etc.) pourraient permettre des fixations évolutives de même nature.

Au total, le complexe morbide qui, fragmentaire ou complet, oriente nombre de buveurs à excès massifs vers les troubles du caractère et du comportement, présente cette double et paradoxale particularité : 1° d'aggraver, au point de vue *social*, l'importance de ces troubles, avec leur cortège de réactions ; 2° de fixer, au point de vue *psychiatrique*, l'évolution de ces troubles, dans une formule mineure (troubles caractériels, épisodes confusionnels curables). A cette dualité de faits participent aussi bien les tendances constitutionnelles que des facteurs acquis. Tout se passe comme si le sujet, par un double phénomène de sensibilisation et d'immunité, était à la fois *orienté* vers la psychopathie et *fixé* dans une forme mineure de cette dernière. Bien entendu, il n'en faudra pas moins compter avec l'apparition ultérieure de complications viscérales ou artérioscléreuses qui ne pourront que compliquer l'interprétation pathogénique des faits.

Sur certaines associations morbides observées dans le passé des buveurs internés, par MM. J. DUBLINEAU et H. DUCHÊNE.

On admet volontiers que l'alcoolisme mental survient sur un terrain plus ou moins dégénératif. Reste à définir ce terrain. A ce point de vue, on observe souvent dans les antécédents des buveurs internés de nombreux facteurs connexes. Ces facteurs sont souvent ou méconnus ou négligés. Certains pourtant ont déjà été signalés : traumatismes céphaliques (Mignot), paludisme [Mignot (1) ; Vullien et Guilbert (2)].

Nous croyons pouvoir revenir sur des faits de ce genre et en mentionner d'autres, qu'on retrouve isolés ou associés aux précédents. Voici, à ce sujet, quelques observations démonstratives :

OBS. I. — Ri., 45 ans. Troubles du caractère et du comportement. Excès modérés de vin rouge (1 à 2 litres).

Antécédents collatéraux : 7 frères et sœurs morts en bas-âge.

Antécédents personnels : Engagé volontaire en 1913. Paludisme. au Tonkin. Blessure pariétale droite par éclat d'obus aux Dardanelles

(1) *Ann. Méd.-Psych.*, 1933, n° 3.

(2) *Echo. Méd. du Nord*, 1938.

en 1916. Trépanation suivie de crises épileptiques persistant actuellement. Pensionné (55 0/0). Deux condamnations (ivresse ; coups et blessures). Chômage depuis 1927.

E. A. : Persistance dans le service de quelques troubles du caractère, sans affaiblissement. Examen neurologique négatif. Rhinophyma. Tatouages. Tension artérielle 24-8 (Pachon). Sang : Bordet-Wassermann, Meinicke et Kahn ++++.

OBS. II. — Wa., 44 ans. Troubles du caractère et du comportement. Excès de vin rouge (2 à 3 litres). Pernods en série par intervalles.

Antécédents collatéraux : 8 frères et sœurs morts en bas-âge.

Antécédents personnels : Marié, Fausse-couche de la femme, suivie de 7 enfants, dont 4 morts en bas-âge.

Deux Conseils de guerre pour désertion en 1915 et 1917. Condamné à 5 ans puis à 7 ans de travaux publics. Paludisme en Algérie. Évasion. Arrestation en 1919 pour vol. Simulation de troubles psychiques. Internement à Bicêtre. Évasion.

Arrestation pour vol en 1924. Renvoi en Algérie. Amnistié en août 1924. Depuis, quatre condamnations pour vol, totalisant 31 mois de prison.

E. A. : Calme dans le service. Examen neurologique négatif. Tatouages. Tension artérielle : 22-10 (Pachon). Sang : réactions négatives.

OBS. III. — Ca., 41 ans. Troubles du caractère et du comportement. Excès de vin rouge (2 litres).

Antécédents personnels : Pupille de l'Assistance Publique, envoyé en maison de correction pour refus de travail. Six mois de prison pour vol en 1919. Infirmier en 1920 (renvoyé pour ivresse). Paludisme en Syrie en 1922. Engagement à la Légion Étrangère, de 1924 à 1934. Chômage depuis 1934. Cinquante jours de prison pour coups et blessures en 1938. Concubinage.

E. A. : Sédation à l'asile des troubles du caractère. Examen neurologique négatif. Tatouages. Tension artérielle : 17-9 (Vaquez). Sang : Meinicke positif à deux examens.

OBS. IV. — Go., 49 ans. État confuso-onirique transitoire. Excès de boisson : 2 à 3 litres de vin rouge, apéritifs, Pernods, eau-de-vie.

Antécédents personnels : Enterré par éclatement d'obus en 1916. Conseil de Guerre pour coups à un supérieur 1917 (8 ans de travaux publics). Paludisme en Algérie. Une condamnation pour ivresse. Troubles graves du caractère. Bourreau domestique. Coma de 5 ou 6 heures à la suite d'un accident d'auto en 1933. Coup sur la tête en 1936, ayant entraîné une perte de connaissance transitoire. Crises convulsives depuis ce dernier traumatisme. Traitement par piqûres intra-veineuses pendant six mois en 1914. Nie avoir eu un chancre. Sa femme a fait une fausse-couche, puis a eu deux enfants.

E. A. : Calme à l'asile. Examen neurologique négatif. Tension artérielle : 18-11 (Pachon). Sang : réactions négatives.

Obs. V. — Co., 42 ans. Alcoolisme subaigu : excès de boisson (3 à 4 litres de vin rouge, Cafés arrosés).

Antécédents collatéraux : Un frère suicidé.

Antécédents personnels : Gazé de guerre. Conseil de guerre pour désertion en 1918. 7 ans de travaux publics à Gaillon. Pédérastie passive à ce moment. Chute de 7 mètres de haut en 1912. Epilepsie depuis 1922. Chômage depuis 1936.

E. A. : Disparition des troubles confuso-oniriques. Examen neurologique négatif. Tatouages. Tension artérielle : 18-14 (Vaquez). Sang : Bordet-Wassermann, Meinicke, sub-positifs, Kahn ++++.

Obs. VI. — Cu., 42 ans. Troubles du caractère et violences.

Boisson : vin rouge : 2 à 3 litres, Cafés arrosés de temps en temps.

Antécédents personnels : « Nettoyeurs de tranchées » pendant la guerre. Deux blessures. Gazé à Verdun. Nommé sergent, puis cassé pour vol en 1917. Paludisme. Fièvre typhoïde et scorbut ayant entraîné la chute des dents à Salonique. Infirmier en 1921 (renvoyé pour ivresse). Mendicité et chômage depuis 1922. Trois condamnations depuis : une pour vol, deux pour coups et blessures.

Crises convulsives depuis un an. Hémoptysie bacillifère dans le service.

E. A. : Calme. Examen neurologique négatif. Tatouages. Tension artérielle : 12-6 (Vaquez). Sang : réactions négatives.

Obs. VII. — Fo., 47 ans. Entré pour confusion et crises épileptiques.

Antécédents personnels : Gazé de guerre. Deux blessures, deux commotions par éclatement d'obus. Pension (10 0/0). Rengagé. Paludisme en Syrie, en 1920. Crises convulsives depuis 1925. En 1927, traumatisme temporal gauche ayant entraîné une perte de connaissance de 10 minutes environ. Trois internements antérieurs pour alcoolisme et épilepsie en 1928, 1930, 1938. Nombreux séjours hospitaliers.

Pneumothorax thérapeutique pour lésions tuberculeuses du sommet droit en 1933, toujours entretenu depuis cette date. Séjours en sanatorium, de 1935 à 1937.

E. A. : Rétrocession rapide des troubles à l'asile. Tension artérielle : 13-8 (Vaquez) à l'entrée, passée à 16-9 (Vaquez), puis à 17-11 (Vaquez), quinze jours plus tard. Sang : réactions négatives.

Sur ces 7 sujets :

a) Trois ont une *syphilis humorale* actuelle (Obs. I, III, V) dont on ne peut dire s'il s'agit de syphilis acquise ou héréditaire.

Un quatrième (Obs. II) est suspect d'hérédo-syphilis. Enfin, chez un cinquième (Obs. IV), la syphilis est fortement probable, le sujet ayant subi un traitement en 1914.

b) Six ont eu le *paludisme* (Obs. I, II, III, IV, VI, VII) généralement contracté il y a longtemps (entre 1913 et 1922), après

engagement (Obs. I, III, VII) ou envoi aux Travaux Publics (Obs. II et IV), avec sédation des accès depuis le rapatriement.

c) Quatre ont présenté un ou plusieurs *traumatismes céphaliques* graves (Obs. I, IV, V, VII).

d) Cinq présentent ou ont présenté des *crises comitiales* (Obs. I, IV, V, VI, VII). L'épilepsie est apparue en particulier chez les quatre anciens traumatisés du crâne.

e) Six ont une *hypertension artérielle* (le septième (Obs. VI) étant par ailleurs un tuberculeux en pleine poussée évolutive). Hypertension d'ailleurs variable, souvent intermittente et paroxystique (Obs. VII). Nous ne pouvons discuter ici la valeur respective des excès de boisson, de la spécificité, du terrain, dans l'apparition de cette hypertension. Nous nous contentons, pour le moment, d'en faire état, sans commentaires.

f) Chez six de nos malades (Obs. I, II, III, IV, V, VI), existe un *terrain constitutionnel* spécial, se traduisant par une instabilité sociale précoce, des troubles du caractère et du comportement, un passé délinquantiel de longue date. Tous faits évoluant les états instinctivo-moteurs, tels que l'un de nous les a décrits récemment (1).

g) Signalons enfin la *tuberculose pulmonaire* dans deux cas (Obs. VI et VII).

Le mode de groupement de ces faits selon les sujets peut se résumer dans le tableau suivant :

TABLEAU I

OBSERVATIONS	SYPHILIS	PALUDISME	TRAUMATISME	EPILEPSIE	HYPERTENSION	PASSÉ DÉLINQ	TOTAL
I. — Ri.....	+	+	+	+	+	+	6
II. — Wa.....	?	+			+	+	3 et 1 douteux
III. — Ca.....	+	+			+	+	4
IV. — Go.....	?	+	+	+	+	+	5 et 1 douteux
V. — Co.....	+		+	+	+	+	5
VI. — Cu.....		+		+		+	3
VII. — Fo.....		+	+	+	±	+	5

(1) DUBLINEAU (J.). — La notion de structure dans les troubles du caractère de l'enfant. *Evol. psychiatrique*, 1938, IV, p. 1.

TABLEAU II

OBSERV.	DATE	ALBUMINE	PANDY	W. ICH- BRODT	LEUCO	BENJOIN	B-W	MEINICKE	TARGOWLA	RÉACTION DU SANG
I. — Ri...	2-2-39	0,70	0	±	0,8	01111 22222 20000	±	0	0	B-W, M, K ++++
II. — Wa...	21-2-39	0,58	0	0	0	00000 22222 10000	0	0	0	0
	17-5-39	0,55	±	0	0,8	00000 22222 10000	0	0	0	0
III. — Ca...	17-1-39	0,30	0	0	0,6	00000 22222 01000	0	0	0	Meinicke posit.
	1-3-39 après réac- tivation (2).	0,50	0	0	1,2	00000 22222 00000	0	0	0	Meinicke posit.
IV. — Go...	1-7-36	0,20	0	0	5	00000 00220 00000	0	0	0	0
	10-5-39	0,28	0	0	1,8	00000 02222 00000	0	0	0	0
V. — Co...	24-8-38	0,30	0	0	0,4	00000 22221 00000	0	0	0	B-W, Meinicke sulposit. Kahn ++++
	1-2-39	0,20	0	0	8	00000 22222 10000	0	0	0	
VI. — Cu...	9-3-39	0,30	0	0	1,2	00000 22222 10000	0	0	0	0
VII. — Fo...	19-4-36	0,20	0	0	0,4	00000 22222 10000	0	0	0	0

(2) 0 gr. 15, 0 gr. 30, 0 gr. 45 de 914 à 1 semaine d'intervalle. Ponction lombaire une semaine après la troisième injection.

Signalons que deux sujets (et peut-être trois, si le malade de l'Obs. IV était également syphilitique) associent syphilis et paludisme, c'est-à-dire qu'ils présentent une syphilis, modifiée peut-être par l'infestation malarique (1).

Le problème de la syphilis se pose en particulier pour l'interprétation des réactions dans le liquide céphalo-rachidien. Celui-ci est modifié *dans les sept cas*, comme le montre le tableau ci-contre (tableau II).

Comme on le voit, dans un cas, la formule était celle d'une syphilis cérébrale fruste (Obs. I). Dans un autre cas, une réaction novarsénobenzolique fut suivie d'un accroissement de l'albuminose (Obs. III). Enfin, dans les cinq liquides restants, existait, soit une lymphocytose (IV, V), soit une hyperalbuminose légère (II, IV, V, VI), soit une extension vers la droite de la précipitation du benjoin colloïdal (Obs. II, V, VI, VII). Réactions parfois à bascule, comme ont pu le montrer les examens pratiqués à plusieurs mois d'intervalle chez les sujets IV et V (disparition de l'hyperalbuminose et apparition d'un benjoin atypique, ou inversement).

Plusieurs de ces modifications liminaires posent le problème d'une syphilis cérébrale fruste, problème sur lequel l'un de nous a insisté dans plusieurs travaux récents (2).

En résumé, fréquence des associations morbides dans le passé des buveurs internés pour confusion subaiguë ou anomalies caractérielles, fréquence de l'hypertension artérielle, fréquence des réactions biologiques spécifiques ou liminaires dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. Enfin, dans le cadre du déséquilibre, notion d'un terrain caractériel particulier. Tels sont les faits. Ils posent, sur une base élargie, le problème pathogénique et thérapeutique de l'alcoolisme mental.

M. X. ABÉLY. — Je partage entièrement l'opinion de M. Dublineau. En présence du nombre considérable d'alcooliques qu'il m'est permis d'observer, j'ai de plus en plus la conviction que, pour présenter des psychopathies alcooliques, il faut un terrain cérébral préparé par l'hérédité ou par des lésions nerveuses acquises. Parmi les causes prédisposantes, il faut insister sur la fréquence de la syphilis nerveuse. Je ne puis apporter immédiatement des statistiques précises, mais j'estime approximativement que le quart des alcooliques que je vois passer sont atteints de spécificité.

(1) *Ann. Méd. Psychol.* 1939, p. 00.

(2) DUBLINEAU (J.). — *Ann. Méd.-Psych.*, 1937, *Cong. Alién. Alger*, 1938.

Ne fait pas qui veut de l'alcoolisme cérébral. J'entends par là que la quantité d'alcool absorbé est loin d'avoir une valeur déterminante absolue. Je remarque que le pourcentage des cirrhoses atrophiques chez nos éthyliques d'asile est très faible. Le plus souvent le processus toxique n'a pas encore lésé profondément le foie lorsque éclatent les troubles psychiques. Réciproquement, le nombre des cirrhotiques qui n'ont pas de manifestations mentales est très élevé.

Dans une région vinicole du Languedoc que je connais bien et où la consommation de vin est très importante, les psychopathies alcooliques sont une rareté à la campagne. A l'asile local, les éthyliques sont exceptionnels. J'ai cru d'abord que cette innocuité tenait à l'usage exclusif du vin, tandis que les essences et les spiritueux seraient beaucoup plus dangereux pour le cerveau. Mon opinion s'est modifiée. L'expérience plus récente m'a montré que les alcooliques parisiens, les chômeurs notamment, que nous observons dans l'asile, ne boivent en grande majorité que du vin qui a subi, il est vrai, de nombreuses manipulations. On ne saurait objecter non plus que le travail des champs brûle rapidement l'alcool qui ne saurait dès lors avoir d'effet nocif. Il n'en est rien, car les habitants de cette même région présentent très fréquemment des cirrhoses atrophiques typiques. Je pense actuellement que cette préservation du cerveau chez ces paysans est due à leur peu de prédisposition cérébrale : ce sont des êtres simples, de robuste bon sens, d'hérédité psychique saine et qui ne subissent pas de fatigue ou de surmenage cérébral.

M. G. DUMAS. — Les gens du Midi sont beaucoup plus sobres que ceux du Nord. Dans mon pays, l'Hérault, le paysan ne dépasse pas un litre par repas.

M. MARTIMOR. — Pour importants que soient les facteurs associés à l'alcool chez les buveurs d'un service comme celui de Ville-Evrard dont j'ai été le médecin pendant plusieurs années, le facteur essentiel de folie est l'alcool. La preuve en est que la désintoxication de l'alcool suffit à faire disparaître les troubles mentaux. Ce serait un paradoxe dangereux que de dire qu'il faut surtout traiter les états associés à l'alcoolisme. Ce qui est urgent, c'est de lutter contre le dogme propagé par beaucoup de médecins de l'innocuité du vin.

L'alcoolisme de l'ouvrier par le vin est dix fois plus fréquent que par les autres boissons alcooliques. Beaucoup croient réellement qu'un repas sans vin est une journée sans soleil, et que,

plus on boit de vin, plus on se fortifie. Beaucoup croient qu'il n'y a pas d'alcool dans le vin. C'est de cela qu'il faudrait les détromper.

M. G. DEMAY. — Parmi les associations de l'alcoolisme, celle des troubles du caractère et de l'impulsivité est la plus fréquente. Henri Colin insistait avec raison sur la sensibilité à l'alcool des anormaux constitutionnels, que quelques gouttes d'alcool rendent délirants et dangereux.

Par ailleurs, M. Martimor a parfaitement raison d'insister sur les dangers de l'abus du vin.

M. VIÉ. — Des intéressantes communications de M. Dublineau je retiens surtout les considérations sur les conditions biologiques du terrain sur lequel évoluent les troubles déclenchés par l'alcool. L'immunité relative au délire, c'est-à-dire le fait que les bouffées confusionnelles ou délirantes des alcooliques sont sans lendemain, rapproche ceux-ci des dégénérés de Magnan. Mais le terme de dégénérescence était imprécis. On tend au contraire maintenant à distinguer dans cet ensemble : un terrain qui prédispose à l'affaiblissement mental, un terrain qui prédispose aux manifestations instinctivo-motrices, un terrain qui prédispose au délire et à l'incohérence, mais dont les facteurs restent encore à déterminer.

M. Ach. DELMAS. — Ne devient pas alcoolique qui veut. Il y faut une prédisposition. Et, bien souvent, cette prédisposition consiste en un état constitutionnel de « dépression excitable ». Le sujet est constamment déprimé et en imminence d'une anxiété dont il cherche à se délivrer par l'alcool. Il boit. Il détermine chez lui des troubles mentaux. La cure de désintoxication le guérit de ces troubles mentaux mais non de sa « dépression excitable ». D'où fatalité de la récurrence.

M. DUBLINEAU. — Le rôle de la syphilis, sur lequel insiste M. Abély est énorme. Je l'ai identifié dans 76 % des cas. Par contre, la cirrhose est rare.

La conclusion du débat est que la désintoxication est indispensable mais ne suffit pas. Il faut recourir à des méthodes biologiques générales, à des chocs susceptibles de modifier le terrain. Car tant qu'on n'aura pas changé le tempérament du buveur on pourra répéter : qui a bu boira.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — En terminant cette intéressante discussion, je ne puis que signaler à mon tour le danger de l'alcoo-

lisme par le vin. La proportion des alcooliques dans la partie psychiatrique de mon service de la Pitié est de 8 à 9 %. Et presque tous sont alcooliques uniquement par le vin rouge.

Sur la thérapeutique de la schizophrénie et d'autres psychoses par l'insuline et le cardiazol, par MM. P. TOMESCO, Sébastien CONSTANTINESCO et J. CANTACUZÈNE (de Bucarest).

Le débat si ample et si intéressant qui a suivi le rapport présenté par le Dr P. Abély dans la dernière séance de la Société Médico-Psychologique, nous a incités à apporter à notre tour, devant vous, les résultats que nous avons obtenus par l'application des méthodes de Sakel et von Meduna dans le traitement de la schizophrénie. Dans la Clinique Psychiatrique de Bucarest et dans nos services de l'Hôpital Central des Maladies Mentales et Nerveuses de Bucarest, nous appliquons cette méthode depuis près de trois ans. Nos premiers résultats, ainsi que les observations les plus significatives concernant le traitement par l'insuline, ont été déjà communiqués par certains d'entre nous, la première fois au Congrès de 1937 de la Société Roumaine de Psychiatrie, à Jassy, et par la suite dans différentes communications et articles. Nous ne reviendrons donc pas sur les détails de technique, déjà exposés maintes fois et bien connus, mais nous tâcherons de donner ici une vue d'ensemble des résultats que nous avons obtenus. D'autant plus que, depuis les premières communications, qui ne concernaient que l'insulinothérapie, nous avons introduit dans nos services la thérapeutique par le cardiazol (et ceci non seulement dans la schizophrénie, mais aussi dans d'autres psychoses), ce qui nous permet aujourd'hui d'avoir des données comparatives sur les deux méthodes.

En ce qui concerne le traitement par l'insuline, nous l'avons appliqué à 140 malades, sans compter ceux actuellement en cours de traitement. Sur ce nombre, nous avons appliqué dans 20 cas un traitement combiné à l'insuline et au cardiazol. Selon la classification adoptée par Sackel, en *guérisons* — avec retour au psychisme primordial et récupération de la capacité professionnelle — *améliorations* — avec possibilité de reprise de la vie sociale — et *résultats nuls* — avec état stationnaire de la maladie — nous avons obtenu 23 guérisons, soit 17 %, 63 améliorations, soit 45 %, 50 résultats nuls, soit 35 % et 4 décès, soit 3 %.

D'après la durée d'évolution de la maladie, ces cas nous ont donné les résultats suivants :

Sur 57 cas à évolution de 1 mois à 1 an :

- 18 guérisons, soit 31,5 %.
- 34 améliorations, soit 60 %.
- 4 non influencés, soit 8 %.
- 1 décès, soit 0,5 % environ.

Sur 34 cas à évolution de 1 an à 4 ans :

- 5 guérisons, soit 15 %.
- 19 améliorations, soit 55 %.
- 10 résultats nuls, soit 30 %.

Sur 49 cas à évolution plus ancienne :

- Aucune guérison.
- 9 améliorations, soit 20 %.
- 35 cas non influencés, soit 72,5 %.
- 3 décès, soit 5,5 %.

On le voit, il y a un rapport nettement inverse entre la durée de la maladie et la proportion des résultats favorables, chose habituellement observée par les auteurs.

Nous devons souligner que, sur les 4 décès dont nous venons de parler, 3 n'ont pas été provoqués par quelques accidents au cours du choc insulinaire, mais par les complications qui ont apparu en dehors du choc : dans le premier cas, une pneumonie, dans le second, une tuberculose pulmonaire à évolution rapide, et dans le troisième cas, un œdème pulmonaire aigu. Ces trois maladies évoluaient depuis plus de 4 ans. Le quatrième décès que nous avons signalé est survenu durant le choc insulinaire chez une malade en évolution depuis 8 mois. Malgré tous les efforts, cette malade n'a pu être réveillée de son 13^e choc et a succombé au bout de 6 heures, présentant des signes d'œdème cérébral.

Nous croyons intéressant d'exposer brièvement les résultats de l'examen anatomique du système nerveux central auquel nous avons procédé dans l'un de ces cas mortels.

Macroscopiquement, le cerveau présentait l'aspect d'un fort œdème cérébral, aussi bien à la surface que sur les sections. De plus, on observait un certain degré de méningite séreuse.

L'examen microscopique démontrait — en dehors des lésions de l'architecture cellulaire propre à la schizophrénie, sur lesquelles nous n'insisterons pas — un certain nombre d'altéra-

tions qui portaient surtout sur le système vasculaire et sur les cellules nerveuses.

Les lésions vasculaires consistaient surtout dans une dilatation extrême des gaines de Virchow-Robin et dans une diapédèse excessive de leucocytes, qui venaient bourrer ces mêmes gaines périvasculaires. Autour de certains capillaires, on pouvait mettre en évidence de tout petits foyers de ramollissement péricapillaires. Enfin, nombreux étaient les petits vaisseaux de la substance cérébrale qui présentaient une intense prolifération endothéliale. Les petits vaisseaux méningés offraient par place, ou bien des ruptures de leurs parois, ou bien une intense hémorragie diapédétique, de sorte qu'on pouvait parler d'un certain degré d'hémorragie méningée, répartie en îlots. D'ailleurs, à part ces lésions, tout le système vasculaire de la masse cérébrale était fortement engorgé de sang. L'œdème cérébral, de son côté, était caractérisé par une distension très prononcée de l'espace péricellulaire.

Les lésions des neurones, prédominantes surtout au niveau de l'écorce et des noyaux de la base, se caractérisaient par une chromatolyse diffuse, par le refoulement du noyau à la périphérie, la mauvaise colorabilité des prolongements et, par places, par de véritables phénomènes d'atrophie du corps cellulaire. De plus, autour de certains neurones de l'écorce, on apercevait une légère satellitose névroglique. La désintégration parenchymateuse du tissu nerveux est marquée aussi par la présence d'un nombre considérable de corps granuleux périvasculaires. D'autre part, les méninges sont infiltrées de nombreuses cellules chromatophores, bourrées de pigments, de lipochromes et d'autres détritits tissulaires.

En résumé, les lésions observées portent sur le système vasculaire, qui paraît intensément lésé, aussi bien que sur les cellules nerveuses, qui démontrent une grave atteinte de nature toxique. Ces lésions rappellent de près celles que Stief et Tokay ont provoquées expérimentalement, sur les animaux de laboratoire.

En ce qui concerne les 20 cas où nous avons appliqué un traitement combiné à l'insuline et au cardiazol, nous devons souligner que ce ne furent pas, à proprement parler, des cures combinées instituées d'emblée, selon les méthodes préconisées dernièrement, mais des cas où, l'effet thérapeutique de l'insuline tardant à paraître, nous avons pensé à faire intervenir le cardiazol. Par cet appoint nouveau, nous avons obtenu, dans 11 cas sur 20, une amélioration certaine, allant jusqu'à la rémission totale. Dans les 9 cas qui n'ont pu être influencés, même par

cette combinaison de traitements, il n'y avait, sauf 2, que des malades évoluant depuis plus de 2 ans. Mais, d'autre part, parmi les cas améliorés, il y avait aussi des malades de longue date. Tel un cas à évolution depuis 6 ans, où l'on avait obtenu une première et légère amélioration à la suite d'une série de 12 chocs insuliniques, qui revint dans le service et en ressortit après 21 chocs insuliniques et 8 chocs au cardiazol, en état de rémission sociale. La majeure partie de ces améliorations (7 sur 11) furent cependant obtenues chez des malades dont la psychose ne datait pas de plus d'un an.

Passons maintenant aux cas traités par nous uniquement au cardiazol. Nous en comptons, jusqu'à ce jour, un nombre de 32, dont 19 cas de schizophrénie et 13 cas d'autres psychoses. Dans les 19 cas de schizophrénie traités par le cardiazol, nous avons obtenu :

8 guérisons (dont 1 récurrence), soit 42 %.

4 améliorations, soit 21 %.

7 résultats nuls, soit 37 %.

Parmi les 8 guérisons obtenues, il y avait 4 malades chez lesquels le traitement fut institué immédiatement après le début de la psychose et 3 malades dont la psychose évoluait depuis 2 à 6 mois. L'une d'entre elles, après être sortie parfaitement normale du service et s'être comportée normalement durant plusieurs mois, nous est revenue dans l'état initial, à la suite d'un choc affectif.

Les 4 cas d'amélioration étaient des psychoses évoluant depuis 2 à 6 mois.

Les 7 résultats nuls étaient en évolution depuis au maximum 6 mois, sauf un qui durait depuis un an et demi.

Comme on le voit, ces données ne nous donnent aucune indication sur le rapport entre l'évolution plus ou moins longue de la maladie et les chances de succès du traitement par le cardiazol.

En ce qui concerne le nombre des chocs au cardiazol, ils furent variables selon le degré de résistance de la maladie et selon la réaction du malade. Nous avons obtenu des guérisons après un nombre de chocs variant entre 5 et 18, des améliorations entre 12 et 17 chocs, et des résultats nuls même après 35 et 40 chocs. Quant à la dose utilisée, elle a varié selon les malades, entre 0,40 et 0,60 gr.

Nous n'insisterons pas sur la technique et les contre-indications des chocs au cardiazol, problèmes amplement débattus par de nombreux auteurs. D'autre part, nous ne nous trouvons pas,

à notre avis, et pour le moment, dans la situation de pouvoir préciser ou apprécier exactement le mode d'action du cardiazol. Tout au plus pensons-nous que l'effet d'anxiété dont on a tant parlé doit certainement, par son côté strictement psychologique, avoir un rôle tout aussi important et intéressant à étudier que l'action chimique et physiologique de la substance injectée. Toujours en ce qui concerne l'angoisse au début du choc cardiazolique, nous devons souligner que nous nous sommes trouvés devant deux catégories différentes de réactions chez nos malades. Une première catégorie de malades qui gardaient le souvenir de leur choc antérieur et marquaient une pénible appréhension et une résistance nette à de nouveaux chocs, et une autre catégorie qui — soit qu'ils ne gardaient pas le souvenir du choc antérieur, soit qu'ils ne ressentaient pas d'anxiété — recevaient sans protester les injections ultérieures. Nous ne pouvons affirmer à quels facteurs sont dues ces différences, mais il est probable qu'il s'agit de causes multiples, où doivent entrer en jeu le tempérament du malade, la forme clinique de la maladie et son intensité, peut-être la rapidité de l'amélioration et les progrès de la lucidité.

Nous devons mentionner encore un phénomène qui nous est apparu dans plusieurs cas, à savoir l'apparition d'une courte et intense période d'excitation psycho-motrice, parfois accompagnée d'hallucinations terrifiantes, survenant immédiatement après le réveil du malade et disparaissant de soi-même au bout d'une demi-heure au plus tard.

En ce qui concerne enfin les 13 cas où nous avons utilisé les chocs au cardiazol dans d'autres psychoses que la schizophrénie, il s'agit de 6 cas de mélancolie, de 5 cas d'excitation maniacale, d'1 psychose de ménopause et d'1 bouffée délirante avec hallucinations mystiques. Dans quelques-uns de ces cas, nous avons essayé en premier lieu toutes les médications habituelles et n'avons fait intervenir le cardiazol qu'à la suite de l'insuccès de ces médications. Dans d'autres cas, nous avons institué le traitement cardiazolique d'emblée. Dans tous ces 13 cas, nous avons obtenu des guérisons au bout de peu de chocs (maximum 12), le chiffre de cardiazol ayant varié entre 0,30 et 0,70 gr. Mentionnons que, sur ces 13 malades, il y en avait 12 du sexe féminin.

Voilà, en résumé, les résultats que nous avons obtenus. Ils concordent, dans leurs lignes générales, avec les résultats habituellement connus. Ils nous permettent de penser que ces deux méthodes sont actuellement une aide précieuse pour le clinicien.

Grâce à elles, même dans la proportion relative de guérison et d'amélioration que nous obtenons, nous avons une chance de combattre avec efficacité une terrible maladie et c'est une chance que nous ne devons pas négliger. D'autre part, il nous apparaît que l'étude des différents problèmes psychologiques et biologiques que l'application de ces méthodes thérapeutiques fait naître, nous permettra peut-être, un jour prochain, de pénétrer l'étiologie encore obscure de la schizophrénie.

M. MARCHAND. — J'ai été particulièrement intéressé par la description des lésions relevées dans le cerveau du sujet décédé au cours du coma insulinaire. Je ne voudrais pas anticiper sur une communication que doit faire ici même mon ami Anglade sur ce sujet à propos d'un cas semblable survenu dans son service ; mais, ayant examiné avec lui les coupes histologiques du cerveau de son malade, j'ai été frappé par l'étendue des suffusions sanguines méningées et par le nombre considérable des hémorragies capillaires intracérébrales, lésions rappelant celles que l'on observe dans les toxémies sévères. Je me suis alors posé cette question : si de telles lésions, quoique à un degré moindre, viennent à se produire chez certains sujets traités sans entraîner la mort, quelles séquelles laisseront-elles après leur réparation et quel sera l'avenir de tels malades ?

M. COURBON. — C'est également un état hémorragique de tous les organes, que l'on trouva à l'autopsie d'un malade mort en cours de traitement insulinaire, dont le docteur Vallet, de Bli-dah-Joinville, vient de me faire part dans une lettre succincte reçue avant hier. La dose initiale avait été de 10 unités ; on avait, par paliers successifs de 10, atteint 50 unités seulement, lorsque la mort survint, 2 heures après le repas absorbé après le réveil du coma. « A l'autopsie, écrit notre confrère, on peut dire du sang partout ; cuir chevelu congestionné, suffusions hémorragiques, congestion avec adhérences anciennes des méninges, piqueté hémorragique de la substance blanche, foyers hémorragiques. intestin : infarctus net avec zone hémorragique dans la région des vaisseaux épileptiques droits. Sang sorti par l'anus. Extravasations sanguines à droite de la mésentérique inférieure. Infarctus au niveau du pôle inférieur de la rate. »

De ces cas de mort et des considérations faites par M. Marchand, la conclusion qui se dégage est que l'insulinothérapie comatogène n'est à appliquer qu'exceptionnellement dans les cas désespérés, après échec des autres thérapeutiques.

M. HEUYER. — Deux questions sont à distinguer : l'une concernant les lésions trouvées à l'autopsie des malades morts au cours d'un coma, l'autre concernant l'avenir de l'insulinothérapie.

L'existence des lésions hémorragiques signalées par M. Cantacuzène m'explique la pathogénie des troubles aphasiques d'un enfant diabétique traité par l'insuline par le D^r Boulin. Cet enfant un beau jour fut pris d'un coma dont il sortit dans un état de confusion mentale qui se dissipa, laissant une aphasie sensorielle. Je pensais à la production d'un foyer hémorragique et les trouvailles de l'autopsie qu'on vient de nous signaler me donnent raison.

Quant à l'avenir de l'insulinothérapie, il ne faut pas le condamner pour le fait que sur 140 cas, MM. Thomesco et Cantacuzène ont eu un cas de mort. Les trois autres cas étaient dus à des complications, un seul est donc à retenir. Rappelons-nous l'adage : *Testis unus, testis nullus*. Car des centaines de cures ont été menées à bonnes fins dans tous les pays. L'insulinothérapie est une thérapeutique dramatique, dangereuse, avec laquelle on risque de la casse. Par conséquent, il ne faut pas étendre démesurément ses indications, il ne faut pas l'appliquer aux mélancoliques, aux bouffées délirantes, aux états qui guérissent d'eux-mêmes. Mais ce serait une faute d'y renoncer.

M. CANTACUZÈNE. — C'est uniquement par probité scientifique que nous avons signalé ces cas de mort. Ils constituent une faible proportion, et ils ne justifiaient pas le renoncement à la méthode.

La séance est levée à 18 heures.

Les secrétaires des séances :

J. VIÉ et P. CARRETTE.

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

Séance du jeudi 1^{er} juin 1939

Présidence : M. TOURNAY, président

Crise de tachycardie paroxystique mortelle après intervention médullaire pour tumeur, par M. P. COSSA.

Diverses observations de complications viscérales accidentelles, digestives, urinaires, pulmonaires ont été rapportées. L'auteur joint son observation avec un minimum de commentaires parce qu'il n'a pas eu d'examen anatomique et pour aider à des études ultérieures.

Deux cas d'anévrisme artério-veineux intracraniens traités par ligature de la carotide primitive, par MM. THIÉBAUD et RAYNAUD.

A propos de deux cas d'anévrisme carotido-caverneux les auteurs insistent sur les caractères séméiologiques de cette affection : souffle intra-cranien continu, exorbitisme, non pulsatile dans leurs observations, grosse dilatation des veines conjonctivales et épidérmiques et possible bilatéralité de l'un ou plusieurs de ces symptômes, sur les bons résultats de la ligature de la carotide primitive et sur l'absence de complications nerveuses imputables à la ligature carotidienne, même dans le cas où cette ligature fut particulièrement précoce.

Discussion

M. FAURE-BEAULIEU rappelle le cas d'un anévrisme artério-veineux rétro-orbitaire opéré chez le P^r Lejars, avec bons résultats, mais apparition d'une

hémiplégie secondaire et définitive. Il pense qu'il faut exercer une compression progressive.

M. THIÉBAUT demande si on a pratiqué la ligature de la carotide interne ou primitive.

L'électro-encéphalogramme dans un cas de mutisme et surdité hystérique, par MM. PAULIAN, TUDOR et CONSTANTINESCO.

Maladie de Paget cranienne avec symptômes neurologiques, par M. T. de LEHORZTV (de Budapest).

Le malade présente des atteintes de différentes paires craniennes (du II, du III, IV et VI, du V, VI, VIII) et du grand hypoglosse, encore non signalé dans la littérature. A la radio, épaissement de la voûte et manifestations de la base très spéciales.

Le diagnostic se pose avec une tumeur métastatique. L'auteur compare ensuite les cas de ce genre avec ceux cités dans la littérature.

Angiomes caverneux du corps strié et malformations viscérales multiples (avec projections), par M. L. VAN BOGAERT.

Spasme labio-palato-laryngé (Manifestation réflexe sympathico-cérébro-spinal), par MM. J.-A. BARRÉ et Th. KAMMERER (de Strasbourg).

Chez un sujet de 65 ans, sans passé pathologique, des spasmes brusques et rares, d'abord limités à une joue, deviennent bientôt bilatéraux et surviennent par crises de plus en plus longues. Les muscles des faciaux inférieurs paraissent seuls intéressés et, vus ainsi, ces spasmes pourraient représenter la forme inférieure du bi-spasme facial d'Henri Meige.

L'examen montre en plus une participation de la luette et du voile du palais et l'examen tomographique du larynx (D^r Greiner) établit l'existence de contractures des cordes vocales. Il s'agit donc d'un spasme labio-palato-laryngé et non du bi-spasme facial simple.

Différentes interventions dentaires ont pu provoquer un arrêt (allant jusqu'à 10 jours) de tout spasme. Des douleurs ayant existé à la place même où s'est développé initialement le spasme, les auteurs voient dans cette manifestation la réponse donnée par le système cérébro-spinal à une incitation transmise par le sympathique. Ils rapprochent le type pathologique de leur malade du blépharospasme pour lequel cette pathogénie réflexe sympathico-cérébro-spinale semble bien convenir.

On a jusqu'à maintenant surtout considéré dans les spasmes l'élément moteur et insuffisamment l'élément sensitif. Or, c'est souvent en agissant sur l'élément sensitif qu'on obtient des résultats très appréciables spasmolithiques. Cette thérapeutique plus rationnelle donne de bien meilleurs résultats que la rééducation à laquelle on a trop longtemps réduit la thérapeutique des spasmes et des tics.

M. LECONTE.

Société de Neuro-psycho-pathologie Infantile

Séance du Lundi 22 mai 1939

Présidence : M. Th. SIMON, président

Les troubles du caractère consécutifs à l'encéphalite épidémique, rapport de M. VERMEYLEN.

Les psycho-encéphalites de l'enfance, qu'elles relèvent de l'encéphalite épidémique ou qu'elles soient secondaires à une infection banale, à une fièvre éruptive, revêtent une symptomatologie analogue. Schématiquement, une encéphalite épidémique évolue en trois périodes, pouvant s'intriquer ; phase infectieuse généralisée, phase neurologique, phase psychiatrique.

L'âge auquel l'enfant est frappé a une importance considérable, car plus l'enfant est âgé, plus les troubles mentaux présentés sont organisés. À l'atteinte du 1^{er} âge correspond la turbulence et autres troubles excito-moteurs ; plus tard (de 6 à 13 ans) les troubles du caractère à type obsessionnel ou de perversions instinctives ; enfin vers l'âge pubertaire, les troubles mentaux rappelant la démence précoce.

Le siège des lésions a aussi son importance, les lésions diffuses donnant avec prédilection des troubles mentaux. Il en est de même si l'infection s'est installée lentement.

Le traitement médical proprement dit est encore assez réduit. Cependant les thérapeutiques au cardiazol et à l'insuline paraissent donner des résultats assez satisfaisants.

Le traitement rééducatif a pour l'auteur une action très favorable. Au type excito-moteur, qui, malgré un niveau mental normal, s'accompagne d'une régression du caractère, conviennent les méthodes d'éducation du jeune âge. Ces malades sont ceux qui réagissent le plus favorablement au traitement. Dans le type impulsif, épileptoïde, on tirera parti de leur amour-propre, souvent vif ; on les encadrera d'enfants sains. Les pervers post-encéphaliques, que l'auteur ne croit pas très nombreux, sont peu sensibles au traitement rééducatif. L'intelligence intacte peut servir de frein à leurs perversions, mais le sens moral reste définitivement perdu.

En Belgique, l'assistance aux enfants comporte diverses modalités : 1° l'assistance à domicile ; où une personne compétente, qui a sur l'enfant plus d'autorité que la famille, dirige son éducation. Ce mode de traitement, coût-

teux, convient aux cas légers ; 2° les *services d'observation*, permettant une rééducation active, rapide, ultérieurement poursuivie en famille ; 3° les *instituts de rééducation*. La rééducation donnerait de meilleurs résultats que pour les déficients intellectuels.

Diagnostic des troubles psychiques déterminés par l'encéphalite épidémique à l'âge scolaire, rapport de M. HEUYER.

L'encéphalite épidémique reproduit d'une façon expérimentale toute la pathologie mentale de l'enfant et de l'adulte. La loi de l'âge de G. de Clérambault se vérifie ici très nettement. S'il y a atteinte avant la puberté, on observe des troubles de l'intelligence et du caractère ; après la puberté, ce sont des psychoses hallucinatoires. A la limite, vers l'âge pubère, des troubles mentaux à type de démence précoce.

Le diagnostic est difficile quand les troubles psychiques sont isolés. Les troubles intellectuels, plutôt rares, consistent surtout en un *arrêt* du développement intellectuel plutôt qu'en démence véritable, avec régression.

Les troubles du caractère sont absolument constants pour l'auteur, revêtant soit la forme hypomaniaque (euphorie) qu'on distingue des états maniaques par l'absence de périodicité, soit la forme épileptoïde, soit la forme obsessionnelle, où la lutte anxieuse s'atténue vite, où s'observe souvent une certaine allure stéréotypée, soit la forme perverse, d'une extrême fréquence, qui se distingue par certains points de la perversion constitutionnelle : mensonges immotivés, vols stéréotypés, sans la progression régulière des vols du pervers, fugues impulsives et immotivées. Les perversions sexuelles, constantes, sont presque toujours hétéro-sexuelles. Toutes ces manifestations se combinent, s'associent entre elles ; elles s'observent rarement à l'état pur. Ces troubles du caractère ne s'amendent jamais spontanément. Les essais de thérapeutique par le cardiazol et l'insuline n'ont donné que des espoirs très incertains.

Le diagnostic rétrospectif doit s'appuyer sur deux symptômes constants : le tremblement fibrillaire de la langue et l'hyperglycorachie.

Le diagnostic différentiel des troubles intellectuels doit être fait : avec une débilité intellectuelle congénitale, avec une démence infantile, avec une démence précoce. Le diagnostic différentiel des troubles du caractère se pose avec l'instabilité simple, l'hypomanie, les obsessions, les troubles du caractère épileptiques, les perversions instinctives, et surtout les troubles du caractère du début de la démence précoce.

L'auteur fait remarquer l'absence, en France, d'établissements destinés à traiter les enfants présentant des troubles post-encéphalitiques.

Discussion des rapports

M. OMBREDANE pense que l'encéphalite épidémique n'est pas exceptionnelle à l'heure actuelle. Les troubles psychiques semblent pouvoir précéder les signes somatiques, comme le montre l'intéressante observation de M. Heuyer. Le traitement déjà ancien des obsessions par le salicylate de soude est en faveur de l'hypothèse de l'origine infectieuse des obsessions.

M. DUBLINEAU dénomme l'encéphalite épidémique une « affection de carrefour », à cause de cette association de symptômes ou de leurs successions. La pyrétothérapie, essayée par lui, a amélioré des malades de type excitomoteur.

M. SIMON n'a jamais vu d'améliorations des perversions, même chez les enfants traités.

M. GUILLEMAIN est arrivé à stéréotyper un malade dans le travail.

M. VERMEYLEN insiste sur le caractère schématique et didactique de sa classification. Lui aussi, s'il n'a pas obtenu de guérison par la pyrétothérapie, a observé de notables améliorations de l'agitation.

S. LECONTE-LORSIGNOL.

Société de Médecine mentale de Belgique

Séance du 20 mai 1939

Présidence : M. E. DE GREEFF, président

Le régime cétogène, par M. le Professeur GORTER (de Leyde, Hollande).

Dans une conférence très documentée, le Professeur Gorter expose les résultats de sa longue expérience du régime cétogène dans le traitement des états comitiaux, principalement chez l'enfant.

C'est surtout aux malades qui se montrent plus ou moins réfractaires au traitement médicamenteux que le régime doit être appliqué. On peut en obtenir des résultats excellents, mais un choix judicieux des malades est nécessaire. Les idiots et ceux dont l'état mental est tel qu'ils ne peuvent comprendre la nécessité du traitement, doivent être écartés. D'autre part, lorsqu'il existe des signes neurologiques graves, le régime a peu de chances d'être efficace.

C'est surtout dans la pycnolepsie que le régime cétogène donne de bons résultats, mais il peut être appliqué également avec succès aux épileptiques de toute nature. Les cas les plus favorables sont ceux qui réagissent par des crises à l'épreuve de l'hyperpnée. Ce sont les acides diacétique et β oxybutyrique qui déterminent l'acidose dans le régime cétogène. Le « facteur cétogène » du régime se calcule d'après la proportion entre les graisses, les protéines et les hydrates de carbone. Il doit atteindre un certain chiffre pour que le régime soit efficace. On y arrive en augmentant progressivement les quantités de graisses par rapport aux autres aliments, pour permettre au sujet de s'adapter. On contrôle le pH urinaire, l'excrétion d'acétone et d'acide di-acétique, la réserve alcaline du sang.

Lorsque le traitement est appliqué en clinique, il donne à l'auteur environ 50 pour cent de succès complet, et une amélioration importante dans un

grand nombre de cas. Le régime est très difficile à appliquer à domicile. Les accidents sont rares et toujours bénins ; le régime ne présente pas d'inconvénients au point de vue de la croissance de l'enfant.

J. LEY.

Société Belge de Neurologie

Séance du 20 mai 1939

Présidence : M. R. NYSSSEN, président

Tétanie parathyréoprive, par M. MAGE.

Présentation d'un jeune soldat qui fit 4 jours après thyroïdectomie une tétanie grave avec spasme œsophagien et spasme vésical douloureux. L'intérêt du cas réside dans la rareté de ce dernier symptôme.

Gliome du pont, par M. MAGE.

Présentation d'un garçon de 15 ans dont l'affection débuta par une paralysie faciale gauche de type périphérique, suivie de l'apparition d'un syndrome alterne avec atteinte successive de tous les nerfs craniens. La symptomatologie déborde actuellement la protubérance. Il existe de la spasticité du côté droit et des attitudes athétoïdes de la main ; les troubles sensitifs et gustatifs font défaut ; la surdité est totale à gauche.

L'auteur discute le diagnostic différentiel et conclut à l'existence d'un gliome de la protubérance.

Hérédo-ataxie cérébelleuse avec évolution myoclonique, par MM. GALLEMAERTS, KLEINTJENS et CLOETENS.

Présentation de deux frères atteints à des degrés différents d'une affection familiale caractérisée par une démarche ébrieuse, des troubles de la coordination et de l'hypotonie musculaire.

Le sujet le plus atteint présente deux ordres de mouvements involontaires, les uns amples et alternatifs, atteignant tous les muscles, les autres caractérisés par des contractions musculaires fasciculaires, surtout au niveau du quadriceps.

Il s'agit d'une affection dégénérative progressive du système spino-cérébelleux se rapprochant de l'hérédo-ataxie cérébelleuse de Pierre Marie.

Une association exceptionnelle : combinaison d'une atrophie de Charcot-Marie et de maladie de Friedreich chez plusieurs membres d'une même famille, par MM. Ludo van BOGAERT et MOREAU.

Trois individus mâles d'une même famille sont atteints de la même affection caractérisée par une atrophie du type Charcot-Marie associée à des symptômes de maladie de Friedreich. Chez d'autres membres de la famille il existe des troubles mentaux et plusieurs cas de cataracte. Le malade présenté est atteint de débilité mentale, de pieds bots, de cypho-scoliose, d'atrophie musculaire avec troubles sensitifs des membres inférieurs remontant jusqu'au genou, d'aréflexie tendineuse généralisée. Il n'existe pas de signe de Babinski. Une biopsie neuro-musculaire montre l'atrophie des nerfs périphériques.

Étude histologique des cellules pigmentées du locus niger chez le singe, par M. H.-J. SCHERER.

L'apparition de pigments mélaniques dans les cellules du locus niger au cours de l'enfance et de l'adolescence est généralement considérée comme un phénomène spécifique à l'homme. Cette notion est inexacte. L'auteur a pu mettre ces pigments en évidence chez tous les singes, y compris les Lémuriens. La mélanine est visible même sans coloration, mais elle est moins abondante que chez l'homme. C'est ce qui a fait croire à son absence. Elle est toutefois plus abondante chez les anthropoïdes que chez les singes inférieurs, et, comme chez l'homme, la quantité de pigment augmente avec l'âge. Il semble donc qu'il s'agisse d'une acquisition phlogénique récente.

J. LEY.

ANALYSES

JOURNAUX ET REVUES

HISTOIRE DE LA PSYCHIATRIE

Le Parlement de Paris et la surveillance des maisons d'aliénés et de correctionnaires aux XVII^e et XVIII^e siècles, par le D^r P. SÉRIEUX (56 pages, in *Revue Historique de droit français et étranger*, 1938).

En organisant l'admission et le placement des malades, la surveillance et l'inspection des établissements d'aliénés, la loi du 30 juin 1838 s'est inspirée des usages de l'ancien Régime. Ces faits, longtemps méconnus, ont été bien mis en lumière par les recherches et les publications de M. P. Sérieux et de ses élèves (Libert, Ph. Chatelin, J. Vié, H. Bonnafous-Sérieux). Par leurs patients travaux, dont il a été rendu compte à nos lecteurs, ces auteurs ont bien montré, à l'aide de documents d'archives (règlements, arrêts, procès-verbaux, remontrances, circulaires, correspondance des autorités administratives et judiciaires), combien précises et efficaces étaient les règles édictées, pour les aliénés et les correctionnaires, en vue des garanties de la liberté individuelle, par le Parlement de Paris et par les ministres de l'ancien régime.

Laissant de côté ici la surveillance des inspections administratives elles-mêmes judiciairement organisées, M. P. Sérieux expose quelles étaient les mesures de contrôle et d'inspection du pouvoir judiciaire établies par le Parlement de Paris.

Etudiant d'abord les arrêts et les remontrances du Parlement de Paris (1660-1788) concernant la surveillance des maisons d'aliénés et de correctionnaires, il rappelle que c'est au Parlement de Paris que revient le mérite d'avoir, dans la seconde moitié du xvii^e siècle, organisé la surveillance de toutes les « prisons ordinaires » par l'autorité judiciaire, d'avoir soumis l'internement des correctionnaires à des règles précises et ordonné des inspections périodiques. Dès la seconde moitié de ce siècle, de nombreux arrêts soulignent l'importance qu'il attachait à ses attributions de surveillance des maisons renfermant des aliénés et des correctionnaires. M. P. Sérieux cite les principaux de ces arrêts.

Les inspections des maisons d'aliénés et de correctionnaires par le Parlement étaient faites chaque année par une Commission à la tête de laquelle se trouvait généralement le Premier Président. Cette Commission faisait une visite individuelle de chaque pensionnaire, se faisait présenter les registres et établissait un procès-verbal pour en rendre compte à la Cour. Ce n'était nullement une formalité dépourvue d'efficacité. Outre la régularité des internements, la Commission examinait les possibilités de mise en liberté des pensionnaires et notait toutes leurs réclamations, surveillait leur installation, l'encombrement et la tenue des locaux, l'alimentation, l'habillement, etc. Les faits cités sont particulièrement démonstratifs. Malheureusement, cette autorité judiciaire ne s'exerçait que dans le ressort du Parlement de Paris. Sur le reste du territoire, l'autorité administrative était seule chargée de la surveillance.

A côté des inspections périodiques du Parlement, un contrôle personnel était exercé sur les maisons d'aliénés et de correctionnaires par le Procureur Général du Roi à cette Cour. D'ailleurs, un de ses substituts prenait toujours part aux inspections du Parlement. L'Hôpital des Petites Maisons, qui détenait 80 aliénés des deux sexes, était même placé sous l'autorité immédiate et exclusive du Procureur Général, dont le contrôle s'exerçait aussi dans le ressort d'autres Parlements que celui de Paris, ainsi que le prouvent les nombreux documents originaux recueillis par M. P. Sérieux.

Pas plus que le Code civil (1803) n'a innové pour les enfants en correction, la loi du 30 juin 1938 n'a donc pas créé de toutes pièces la surveillance des maisons d'aliénés. C'est le mérite du Parlement de Paris d'avoir, dès le XVIII^e siècle, donné des garanties efficaces à la liberté individuelle. Et l'on ne saurait trop remercier M. P. Sérieux d'avoir, par de patientes recherches, poursuivies depuis 25 ans, mis en lumière aussi clairement, avec une riche documentation puisée aux sources les plus sûres, les origines des mesures de surveillance et de protection des aliénés. Seul pouvait le faire l'aliéniste éminent, dont les travaux psychiatriques font autorité et qui, dans sa retraite, entourée du respect de tous les psychiatres, ajoute encore à leur reconnaissance par de nouvelles acquisitions. De ces études résulte le redressement d'erreurs historiques, profondément injustes assurément, et tenant autant à une information insuffisante qu'à une interprétation superficielle des faits.

René CHARPENTIER.

NEURO-PSYCHIATRIE

La sympathologie clinique, par M. LAIGNEL-LAVASTINE. *Archives internationales de Neurologie*, mars-avril 1938.

Cet exposé résume quelques mises au point récentes de la question. L'étude du sympathique est délicate. En sympathologie, on observe en effet quelquefois des phénomènes déleitaires nets comme en neurologie sensoriomotrice (par exemple un syndrome de C. Bernard Horner) mais, de par la diffusion anatomique du système sympathique, plus souvent des manifestations très étendues, dispersées, ce qui rend le diagnostic délicat. Ce n'est guère que sur l'excitation si trompeuse qu'on peut se baser. Suivant le « tempérament », ces réactions diffèrent.

L'auteur classe les manifestations en quatre groupes : manifestations psycho-sociales (comportement et maintien), neurologiques (objectives, répondant surtout au système sensorio-moteur ; et organo-végétatives ou métaboliques, en rapport avec les troubles du sympathique), endocriniennes et viscérales. Tous ces troubles résultant du « noyau morbifique infectieux », toxique, etc. Ils se groupent en ensembles concordants : par ex. anxiété, asthénie, exagération du réflexe oculo-cardiaque, diminution chronaxique des fibres lisses, alcalose, hydrophilie, sensibilité aux toxiques ou : euphorie, acidité, bon tonus musculaire, exagération du réflexe solaire, diminution du réflexe oculo-cardiaque, augmentation de la chronaxie, lenteur de la résorption aqueuse.

Les modes de *traitement et d'étude* sont : 1° soit *chirurgical* (direct sur le sympathique, indirect sur la lésion causale), duquel il faut rapprocher les injections intraventriculaires d'adrénaline, la réflexothérapie, si décriée, l'acupuncture ; 2° soit *chimique*, sympathicolytiques et sympathicomimétiques, très voisins chimiquement. Suivant que domine alcalose ou acidose, la sensibilité du sympathique et du para-sympathique est d'ailleurs exaltée ou diminuée. Ce système est instable, réagissant même aux influences psychiques. La douche excite le métaganglionnaire par libération d'histamine ; 3° soit *physique* : différences de température locale, suivant les individus et les régions du corps chez le même individu. L'auteur distingue ainsi trois types ; 4° soit *électrique* : étude des chronaxies, thérapeutique par l'ionisation (dont l'auteur explique le mécanisme d'action). En conclusion, le sympathique est « le lieu électif de l'électricité agissant sur le métabolisme », ce qui explique l'influence réciproque du milieu extérieur sur l'intérieur.

M. LECONTE.

Le rôle du système sympathique dans la physio-pathologie de la douleur, par Albert SALMON (*La Presse Médicale*, 15 juin 1938).

L'appareil sympathique domine la physio-pathologie de la douleur. Les douleurs sympathiques, que Leriche attribue aux désordres vaso-moteurs et en particulier vaso-constrictifs provoqués par l'excitation du sympathique, comprennent la plupart des algies (viscérales angiospasmodiques, ganglionnaires, algies vasculaires, douleurs des amputés, etc.). Les douleurs thalamiques s'associent également à des troubles végétatifs et ont les caractères des algies sympathiques. Il existe aussi un élément sympathique dans les douleurs du type cérébro-spinal, dans la douleur cutanée expérimentale. Toute douleur très vive se traduit par une phénoménologie sympathique ou vaso-motrice, liée à l'hyperadrénalinémie.

La nature végétative de la couche optique explique les rapports de ce noyau avec la cénesthésie, l'affectivité, l'émotivité et le sentiment pénible, la tension affective, les réflexes émotifs qui suivent d'ordinaire les douleurs très vives. Cependant, cette réaction psycho-affective est secondaire à la réaction somatique végétative, qui se réfléchit sur la cénesthésie et sur l'activité psychique. Les réflexes somatiques de la douleur se réalisent même chez les animaux décérébrés. La douleur est un phénomène essentiellement physiologique, en admettant même que l'élément psychique joue dans son mécanisme un rôle très important.

René CHARPENTIER.

Les signes cliniques envisagés à la lumière du sympatho-diagnostic et de la sympathothérapie, par H. ABOULKER. *Le Progrès médical*, n° 36, p. 1.194-1.203, septembre 1938.

L'auteur considère, dans l'organisme, un certain nombre de systèmes à construction générale tripartite, formés par un centre régulateur et directeur ; un tissu périphérique effecteur, exécutant ; des conducteurs nerveux de liaison. La situation pathologique présente ainsi, au médecin, un triple problème : étiologique, promoteur ; topographique, résultant, et anatomo-physiologique. Et il y a toujours un point de vue sympathique de ce problème qui commande un traitement particulier des troubles fonctionnels et de leurs signes réflexes, capable parfois d'améliorer les lésions mêmes.

P. CARRETTE.

Etude de la sensibilité viscérale et rôle du système nerveux végétatif dans la pathologie digestive douloureuse, par George BROHEE, Médecin-Directeur du Centre de Gastro-entérologie de Bruxelles (*L'Europe Médicale*, 25 mars 1939).

L'auteur fait ici, après Leriche, le procès de la légende de la prétendue insensibilité totale des viscères splanchniques. Le système nerveux végétatif est secteur de sensibilité et les viscères splanchniques sont sensibles dans leur paroi des vaisseaux intraviscéro-pariétaux.

Il faut certains états de milieu ambiant, des incitations de nature, de caractère et d'intensité particuliers, et des modifications de la conduction, pour que les incitations sensitives dépassent le seuil de la barrière spinale et deviennent conscientes.

La sensation, à son état pur, n'est en soi qu'un phénomène subjectif assez vague, obscur, indéterminé (Leriche). Elle n'a pas de valeur intrinsèque de connaissance. Il faut des éléments intellectuels d'interprétation (volume, forme, espace) pour situer l'incitation à son point de départ.

Le psychisme augmente ou diminue la netteté des perceptions. La perceptivité consciente est perfectible par l'éducation des centres thalamiques (Leriche).

Les sensations qui, par essence, sont vagues, obscures, indéterminées, seront d'autant plus nettes et plus topographiques, que l'exercice des fonctions physiologiques de l'écorce cérébrale et des centres affectifs aura mieux adapté les cellules cérébrales à l'analyse sélective des sensations et à l'interprétation des topographies par les notions de volume, de forme, et d'espace.

Les coenesthésies, ces sentiments fondamentaux et vagues de l'existence de notre être, affaiblies et assistées par les sensations harmoniques fournies par nos incitations sensorielles habituelles, deviendront moins obscures, moins indéterminées.

Suivant que ce psychisme ou ces coenesthésies seront exacerbés congénitalement ou obnubilés, les sensations recueillies au niveau des viscères abdominaux donneront des images plus ou moins caractéristiques.

Dans l'état normal seules les manifestations de l'incitabilité inconsciente existent. Et la santé consiste précisément dans l'inconscience physiologique absolue de nos fonctions végétatives ou si l'on préfère dans l'accomplissement des fonctions uniquement et principalement au moyen des réflexes des étages périphériques. Dans l'état pathologique, les incitations deviennent conscientes, perçues, ayant franchi l'étape médullaire.

R. C.

Organicité dynamique (A propos d'un cas de coxalgie hystérique), par H. FLOURNOY (de Genève) *Revue médicale de la Suisse Romande*, 25 avril 1939.

A propos d'un cas de coxalgie hystérique chez une jeune fille de 16 ans non traitée par la méthode psychanalytique et actuellement en voie de guérison. M. H. Flournoy a condensé, dans ce très intéressant exposé qu'il convient de lire en entier, ses idées concernant ce qu'il a appelé l'« organicité dynamique ».

Ces adjectifs « organique » et « lésionnel » ne doivent pas être pris comme synonymes. De signification beaucoup moins extensive, le second devrait être réservé aux cas où existent soit un foyer unique, soit des lésions multiples, mais bien délimitées. M. H. Flournoy propose de distinguer trois sortes d'organicité : l'organicité lésionnelle, l'organicité toxi-infectieuse ou humorale et l'organicité dynamique. Dans tous ces cas, l'organe essentiel du système nerveux ne fonctionne plus de façon normale. Et si cette division est un peu schématique, elle permet, grâce au troisième groupe, de faire rentrer dans le cadre de la pathologie générale des états morbides tels que ceux de l'hystérie.

Cette conception de perturbations nerveuses dynamiques permet seule de comprendre l'action de la psychothérapie. Elle s'accorde entièrement avec une pathogénie psychologique et a été implicitement admise par beaucoup d'auteurs. Mais, encouragé à cela par la psychanalyse, rappelant aussi que Charcot a employé déjà l'expression de « lésion dynamique », M. H. Flournoy a associé les mots « organicité dynamique ». Il fait remarquer les concordances que les vues de Freud ont avec certaines acquisitions récentes de la physiologie expérimentale et de la pathologie cérébrale, telles que, par exemple, les notions concernant les réflexes conditionnés, les chronaxies, les rapports des tendances instinctives avec le diencéphale. Freud a montré combien les processus mentaux se rattachent au fonctionnement somatique de l'organisme, à ses sources inconscientes, instinctives et vitales.

Si le « penser anatomique » est indispensable aux progrès de toutes les branches de la médecine, la conception dynamique n'est pas moins indispensable. C'est elle qui permet d'établir des concordances de plus en plus nombreuses et détaillées entre les découvertes récentes de la physiologie cérébrale et celles de la psychologie contemporaine.

René CHARPENTIER.

Un cas banal d'hystérie, par H. CODET. *L'évolution psychiatrique*, fasc. I, année 1937.

Les cas paraissant les plus banaux, ceux ayant exposé à des erreurs de diagnostic sont souvent les plus intéressants à étudier. Une femme de 45 ans présente, à la suite d'un trouble passager de la vue, et malgré un examen ophtalmologique négatif, un état anxieux, des préoccupations hypochondriaques. On pose un diagnostic de syndrome hystérique, dont on trouve en effet les éléments : incapacité d'acceptation devant l'inévitable, déplacement de la responsabilité sur une maladie organique, recherche du bénéfice secondaire de l'affection. La psychothérapie améliore les troubles. Quelques mois après se déclare un glaucome ; à ce moment, le psychisme redevient normal. Cependant, le diagnostic de syndrome hystérique semble devoir être conservé. L'éclosion de celui-ci, en effet, est souvent favorisée, soit par une anomalie physiologique, soit, comme ce fut ici le cas, par une lésion

organique à l'état naissant. Ces sujets ne possédaient qu'une tolérance juste suffisante pour mener une vie normale, et leur équilibre instable a été rompu par un élément minime.

M. LECONTE.

Les tics, par P.-R. BIZE. *Revue médicale française*, n° 3, p. 203-213, mars 1938.

Le tic s'apparente aux états psychopathiques dans leur forme anxieuse sous ses trois modalités : tic d'habitude, convulsif ou tonique. M. Bize les considère comme des symboles psychologiques et adopte une classification en tics de relation, d'occupation de soi, d'expression (viscéraux). Le fond mental, les dispositions affectives des sujets retiennent son attention. Dans la plupart des cas, on retrouve chez les tiqueurs des tendances « schizo-phréniques », l'inquiétude, l'appréhension. Aussi convient-il, après avoir recherché s'il existe un facteur d'irritation locale, de procéder à une enquête psychanalytique qui amorcera fréquemment la psychothérapie sans préjudice de l'administration des sédatifs, des régulateurs et de l'hydrothérapie.

P. CARRETTE.

Le bégaiement (Travail du service de neuro-psychiatrie infantile du Dr Heuyer), par M^{me} Hélène KOPP. *L'évolution psychiatrique*, fasc. III, année 1937.

Le mécanisme du bégaiement reste encore mystérieux, et les explications variables suivant les auteurs : phénomène d'origine psychique, trouble des processus d'inhibition et d'excitation, lésions en foyer du système nerveux central, inégalité de développement des deux hémisphères. Pour Mme Kopp, il relève d'un déséquilibre psycho-moteur, apparu pendant le développement de la parole. Chez l'enfant normal, il existe un parallélisme étroit entre le développement de l'intelligence et celui de la motricité. Chez le bégue, on trouve fréquemment une dissociation entre la motricité déficiente (parfois d'ailleurs d'une manière circonscrite, par exemple à la mimique) et l'intelligence normale ou supérieure. Ce sont surtout des troubles de l'inhibition qu'on observe chez le bégue, ce qui explique l'amélioration fréquente du bégaiement de 9 à 13 ans, période où s'accuse l'inhibition normale. L'auteur distingue deux types : clonique et tonique, rarement observés à l'état pur. Elle résume la thérapeutique de l'affection en insistant sur les exercices physiques de rééducation.

S. LECONTE.

Etudes sur l'asthme. La personnalité allergique (Studies in Hay-Fever Patients. The Allergic Personality), par ERICH WITTKOWER. *The Journal of Mental Science*. T. LXXXIV, n° 349, p. 352-369, mars 1938.

L'auteur compare la personnalité de cinquante malades atteints d'asthme et de rhume des foins avec celle de cinquante malades chirurgicaux atteints de fracture, d'appendicite, soumis à un examen psychologique. Les résultats corroborent les données bibliographiques. Les tendances initiales du caractère sont généralement anormales dans la névrose asthmatique. L'auteur y voit les dispositions de la personnalité allergique : auto-absorption, rêverie, vanité outrepassée, développées dès l'enfance.

P. CARRETTE.

Le facteur émotionnel dans les maladies de la peau (The Emotional Factor in Skin Disease), par Eugene TRAUGOTT BERNSTEIN. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. T. LXXXVII, n° 1, p. 1-13, janvier 1938.

Les maladies de la peau chez les névropathes doivent être observées et traitées avec la collaboration vigilante du psychiatre et du dermatologiste. L'auteur considère trois catégories de faits : 1° certaines dermatoses (psoriasis, pityriasis, lichen) présentent des modifications évolutives en rapport plus ou moins étroit avec les perturbations émotive sans qu'on puisse établir le mécanisme de cette inter-réaction ; 2° des affections cutanées rebelles, comme l'aené, les verrues, peuvent entretenir, surtout chez la femme, un état dépressif dominé par un sentiment d'infériorité ; 3° des accès hyperémotifs déterminent, sous l'influence de l'anxiété et de l'obsession, des gestes stéréotypés de grattage, d'arrachement, soit au niveau d'une lésion cutanée déjà existante, soit aux extrémités digitales, soit dans une zone du tégument facilement accessible et généralement prurigineuse.

P. CARRETTE.

Mauvais goût. Cacogeusie (Bad Taste. Cacogeusia), par Henry HARPER. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXXIX, n° 4, p. 771-779, avril 1938.

La cacogeusie est un signe assez fréquent des névroses avec hypochondrie. Pourtant il n'a guère été étudié. M. Harper l'a rencontré surtout chez la femme, en rapport avec des infections dentaires, buccales ou nasales. Dans la moitié des cas existait une affection pelvienne. La cacogeusie s'accompagne d'anomalies de la vie sexuelle : frigidité, répulsion, perversions.

P. CARRETTE.

Céphalée chronique (Chronic Headache), par Paul A. DRAPER. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. T. LXXXVII, n° 1, p. 26-44, janvier 1938.

On peut distinguer dans les céphalées chroniques les étiologies suivantes : types locaux (tumeurs, thromboses), réflexes (ostéite syphilitique, infection dentaire), toxémiques, vasculaires, « nerveuses », mécaniques. L'étude de ces processus conduit M. Draper à des considérations thérapeutiques intéressantes sur l'action de la peptone, des extraits hypophysaires, de l'épinaéphrine, des barbituriques, du gynergène, de l'acécoline.

P. CARRETTE.

Syndromes céphalgique et psychonévrotique avec calcifications de la faux du cerveau, par J.-A. CHAVANT et J. BRUNHES. *Revue neurologique*. T. LXIX, n° 2, p. 113-131, février 1938.

Les quatre observations de MM. Chavany et Brunhes présentent trois points communs : céphalée, troubles psychonévrotiques et calcification de la faux du cerveau nettement perceptible par la radiographie. Cette altération apparaît précocement. Elle est notée chez des sujets à hérédité névropathique chargée. C'est un signe de dégénérescence somatique, souvent associé d'ailleurs à des dystrophies. Les calcifications méningées ne sont pas rares chez les aliénés.

P. CARRETTE.

L'électro-encéphalographie clinique, par Jacques GOLSE. *Encéphale*, 1938, t. 1, p. 244-253.

Exposé de la technique spécialement employée au Maudsley Hospital de Londres par le professeur Colla et son assistant G. Walter, qui ont ainsi fait de l'électro-encéphalographie un procédé d'investigation clinique maniable au lit du malade et surtout extrêmement utile notamment dans les repérages de foyers morbides encéphaliques.

M. Golse expose ensuite les résultats obtenus grâce à cette méthode ; ils sont impressionnants. Dans la recherche des tumeurs, par exemple, elle permet de localiser une tumeur frontale en 10 minutes, mais malheureusement elle ne peut, actuellement, être utilisée dans le repérage des tumeurs de la base. Dans l'épilepsie et dans d'autres affections ou problèmes physiopathologiques, l'électro-encéphalographie a apporté de nombreux documents d'une importance telle que beaucoup d'espoirs s'attachent dès maintenant à ces recherches.

Pierre MASQUIN.

L'électro-encéphalogramme multiple de l'homme normal, par MM. BAUDOUIN, H. FISCHGOLD et J. LERIQUE. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 24 janvier 1939.

Les auteurs exposent d'abord les données essentielles sur l'électro-encéphalogramme en général, en rappelant l'histoire et les critiques opposées par Adrian à Berger. Ils traitent ensuite de leur technique et de leurs résultats.

Ils ont presque toujours utilisé la méthode bipolaire et des amplificateurs à entrée différentielle en explorant successivement deux ou trois régions simultanément. Ce sont les résultats de leurs recherches sur les électro-encéphalogrammes doubles, unilatéraux ou bilatéraux et triples, que les auteurs livrent au lecteur en faisant suivre leur exposé d'une discussion critique qu'ils achèvent par la loi suivante qu'il leur paraît possible de poser :

« Les fréquences des ondes corticales vont croissant des états d'inhibition, aux états d'activité, en passant par les états de repos physiologique. »

M. LECONTE.

Contribution à l'étude électroencéphalographique des épileptiques, par Ph. PAGNIEZ, W. LIBERSON, et A. PLICHET (*La Presse Médicale*, 5 octobre 1938).

De nombreuses recherches sur l'activité électrique du cerveau normal ou pathologique ont déjà été publiées. Les auteurs rendent compte ici des résultats de leurs recherches personnelles sur 33 épileptiques dont les électro-encéphalogrammes ont été pris par dérivation occipitale, fronto-rolandique, bi-pariétale, bi-temporale et temporo-frontale (enregistrement non simultané). Comme les autres auteurs, ils ont observé des accidents paroxystiques transitoires et des modifications permanentes (ralentissement des ondes alpha) des électro-encéphalogrammes. Ces modifications permanentes se voient surtout dans les formes sévères de l'épilepsie, qu'il s'agisse de « grand mal » ou d'accidents de « petit mal ». Dans le « petit mal », les phénomènes électriques anormaux permettent d'individualiser les formes cliniques les plus rebelles au traitement.

L'électroencéphalogramme des épileptiques semble donc être la traduction objective de la gravité de leur affection. D'où l'intérêt de cette épreuve, non seulement pour le diagnostic, et surtout le pronostic de l'épilepsie, mais aussi en médecine légale, pour la sélection professionnelle ou militaire, et pour le contrôle de la thérapeutique rationnelle.

R. C.

Examens électriques des fonctions corticales dans l'épilepsie et les troubles associés (*Electrical Signs of Cortical Function in Epilepsy and Allied Disorders*), par Herbert H. JASPER et Ira C. NICHOLS. 93^{me} Meeting annuel de l'*American Psychiatric Association*, Pittsburg, 10-14 mai 1937 in *The American Journal of Psychiatry*. T. LXXXXIV, n° 4, p. 835-851, janvier 1938.

L'électro-encéphalogramme isolé ne permet pas de faire le diagnostic d'épilepsie, mais associé à l'examen clinique il fournit d'utiles renseignements sur le désordre physiologique qui marque les accès. Il guide dans le choix thérapeutique. Dans les modifications localisées du tracé, il peut être une indication définitive de l'intervention chirurgicale.

P. CARRETTE.

Dysrythmies cérébrales de l'épilepsie. Moyens de contrôle (*Cerebral Dysrhythmias of Epilepsy. Measures for their Control*), par F.-A. GIBBS, E.I. GIBBS et W.-G. LENNOX. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXXIX, n° 2, p. 298-314, février 1938.

L'épilepsie est, d'après les auteurs, l'expression d'un fonctionnement défectueux des mécanismes de régulation cérébrale. Ces anomalies, constatées par l'étude de l'activité électrique, sont communes à toutes les parties du système nerveux. La grande crise s'exprime par un rythme rapide, suivi d'un ralentissement ; le petit mal est caractérisé par un rythme alternant. Ces modifications subissent l'action des substances chimiques capables de modifier la teneur du sang en dextrose et en acide carbonique. Sur un sujet présentant des variations électriques frontales durant le sommeil, l'ablation des portions antérieures des deux lobes a rétabli le rythme normal et a apporté une grande amélioration des crises.

P. CARRETTE.

Un cas d'épilepsie essentielle avec épilepsie partielle continue de Kojewnikow et cataplexie (*Un enfermo de epilepsia esencial, epilepsia parcial continua Kojewnikow y Cataplexia*), par Enrique GARCÍAS. *Archivos de Neurologia y Psiquiatria de México*. T. I, n° 6, p. 391-398, mai 1938.

Il s'agit d'un malade atteint d'épilepsie essentielle dès l'enfance, avec crises convulsives, absences, tendances aux fugues. D'autre part il existe un état d'infection chronique du rhino-pharynx qui paraît en relation avec les complications nerveuses d'allure comitiale : crises jacksoniennes, crises toniques rythmiques de Kojewnikow, cataplexie. Les spasmes vasculaires et l'asphyxie cérébrale liés à la toxi-infection trouvent un terrain favorable chez ce sujet. Les différentes manifestations convulsives ont toutes un mécanisme identique et les changements d'aspect clinique sont parfaitement expliqués par des degrés et des localisations variables du processus épileptogène.

P. CARRETTE.

L'épilepsie cardiaque, par P. HALBRON. *Le Progrès médical*, n° 10, p. 342-352, 5 mars 1938.

M. Halbron a observé un asystolique de 62 ans atteint de défaillance cardiaque depuis huit ans et d'épilepsie depuis dix. L'association de crises dyspnéiques et convulsives est allée en s'amplifiant jusqu'à la mort. L'examen anatomique a permis de déceler une sclérose intense du cœur, un infarctus et une artério-sclérose cérébrale avec œdème. L'épilepsie des asystoliques ne peut s'expliquer sans faire intervenir les troubles de la réflexivité. Le point de départ serait au cœur. Les convulsions seraient déclenchées par l'anémie consécutive au spasme et le trouble sympathique intermédiaire siègerait au niveau du sinus carotidien.

Il existe une deuxième variété d'épilepsie cardiaque, c'est la forme ischémique du syndrome de Stokes-Adam. Elle s'explique d'elle-même si on admet l'influence épileptogène du défaut d'irrigation cérébrale.

P. CARRETTE.

Considérations sur l'épilepsie parasitaire, par Ph. PAGNIEZ et A. PLICHET (*La Presse Médicale*, 15 juin 1938).

Leurs constatations expérimentales et les enseignements de la pathologie vétérinaire avaient amené MM. Ph. Pagniez et A. Plichet à penser que l'épilepsie parasitaire ne devait pas être rare en pathologie humaine. Mais leurs recherches, qu'ils exposent dans cet article, les ont conduits à des conclusions différentes. Il semble bien que, si l'épilepsie parasitaire existe chez l'homme, elle soit tout à fait exceptionnelle. Ce fait souligne une fois de plus combien sont différentes la pathologie animale et la pathologie humaine.

R. C.

Nature neuro-humorale de l'épilepsie, par N.-I. PROPPER (de Moscou). *Revue neurologique*. T. LXX, n° 4, p. 332-345, octobre 1938.

L'excitation électrique déclanche la crise épileptique chez l'animal et l'émulsion de substance cérébrale, préparée immédiatement après, injectée dans les veines d'un autre animal, reproduit l'accès, puis suivant les doses provoque des phénomènes toxiques entraînant la mort par paralysie respiratoire. M. Propper, qui expérimente depuis 1928, aboutit à la conclusion que l'accès convulsif n'exige pas de stimulant spécifique, qu'il entraîne une altération rapide des propriétés cellulaires et la pénétration de substances de désagrégation dans le milieu ambiant. Les produits de la crise sont entraînés dans le courant humoral, ce qui explique l'envahissement total du tissu nerveux central. Par le contact avec les vaisseaux, ces substances se transmettent aux terminaisons végétatives. Les altérations bio-chimiques deviennent peu à peu perceptibles. A ce stade anatomique les cellules ganglionnaires de l'écorce et les cellules de Purkinje sont atteintes. Ainsi s'installe un cercle vicieux : les premières excitations provoquent les accès qui augmentent la labilité des processus nerveux et abaissent le seuil de réactivité des appareils végétatifs, tandis que la circulation des substances de désintégration et l'altération des protections cellulaires appellent de nouveaux accès convulsifs.

P. CARRETTE.

Maladie de Little et épilepsie (Little'sche Krankheit und Epilepsie), par M. BIRÓ, de Varsovie. *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, XLII, 1, 1938.

Cette étude d'ensemble sur les épilepsies symptomatiques en rapport avec le syndrome de Little n'apporte aucune connaissance nouvelle. L'auteur a rencontré l'épilepsie dans dix cas sur trente-cinq de maladie de Little observés. Elle peut apparaître en même temps que les troubles parétiques, ou les précéder de quelques jours et même de plusieurs mois. Elle peut marquer le début de l'affection et disparaître ensuite. Elle peut exister dans toutes les formes de maladie de Little : avec ou sans troubles psychiques, paraplégiques, hémiparétiques, diparétiques, formes avec prédominance de troubles extrapyramidaux, des troubles pyramidaux et mixtes. Il n'est pas possible d'invoquer une localisation anatomique spéciale pour expliquer les crises convulsives. La périodicité de celles-ci peut être conditionnée par les mêmes facteurs qui interviennent dans l'épilepsie essentielle : périodes menstruelles, variations de la pression intracrânienne, crises exclusivement nocturnes, etc.

E. BAUER.

Chorée de Huntington. Etude de trente-quatre familles (Huntington's Chorea : a Study of Thirty-Four Families), par L. MINSKI et GUTTMANN. *The Journal of Mental Science*. T. LXXXIV, n° 348, p. 21-96, janvier 1938.

La maladie se retrouve dans des familles à travers de nombreuses générations. Les trente-quatre pedigrees exposés par les auteurs jettent une certaine lumière sur les formes abortives, les anomalies mineures, les symptômes du début, mais leur variété est telle que le problème de la transmission même reste entièrement posé. Peut-être l'examen des cerveaux dont ils se proposent de publier les résultats permettra-t-il à MM. Minski et Guttmann de l'élucider plus ou moins complètement.

P. GARRETTE.

Les tétanies neurogènes, par Jacques DECOURT et Guy TARDIEU (*La Presse Médicale*, 29 mars 1939).

La définition de la tétanie reste, jusqu'à ce jour, purement clinique. L'affection est individualisée par ses crises de contracture caractéristiques, et par les signes objectifs d'hyperexcitabilité neuro-musculaire qui, dans l'intervalle des paroxysmes, attestent la permanence de l'état spasmodique. Les auteurs en rapportent plusieurs cas : l'un dans lequel les accès de contracture s'intriquaient régulièrement avec les manifestations psychiques et objectives de l'anxiété, d'autres au cours de lésions organiques du cerveau.

Ces crises peuvent être la conséquence, soit d'une altération du milieu humoral aboutissant à une insuffisance des ions calciques nécessaires à l'équilibre neuro-musculaire physiologique, soit d'altérations nerveuses centrales traduisant une atteinte des centres nerveux régulateurs du tonus musculaire. Les deux facteurs peuvent d'ailleurs s'associer. De plus, le deuxième facteur ne comporte pas nécessairement un substratum lésionnel. Un simple dérèglement fonctionnel des centres suffit. Les tétanies neurogènes relèvent d'une « altération » des fonctions extra-pyramidales. Un trouble dynamique à point de départ psychique peut aussi bien troubler fonctionnellement les centres moteurs sous-corticaux que les centres végétatifs voisins.

R. C.

L'atrophie corticale circonscrite dans les psychoses préséniles. Maladie de Pick (Circumscribed Cortical Atrophy in the Presenile Psychoses-Pick's Disease), par Charles DAVISON. 93^e Réunion annuelle de l'*American Psychiatric Association*, Pittsburg, 10-14 mai 1937, in *The American Journal of Psychiatry*, T. LXXXXIV, n° 4, p. 801-818, janvier 1938.

La différenciation de la maladie de Pick avec la maladie d'Alzheimer et la démence artério-scléreuse est basée sur des symptômes secondaires qui indiqueraient dans ces deux dernières affections une tendance plus grande à l'extension du processus aux zones corticales. Il s'agit sans doute de formes voisines de perturbation de l'équilibre colloïdal par la libération de substances toxiques agissant sur les vaisseaux et les tissus voisins. Les deux cas de M. Davison sont caractérisés par l'atrophie de l'hémisphère gauche avec lésions prédominantes des lobes temporal et de l'hippocampe. Dans l'une des observations, notons l'artériosclérose intense de la région temporale, le gonflement et la chromatolyse des cellules de Purkinje et de groupements cellulaires dans le bulbe.

P. CARRETTE.

Forme héréditaire d'atrophie parenchymateuse primaire du cortex cérébelleux associée à des troubles mentaux (Hereditary Form of Primary Parenchymatous Atrophy of the Cerebellar Cortex associated with Mental Deterioration), par Andrew J. AKELAITIS. 93^e Meeting annuel de l'*American Psychiatric Association*, Pittsburg, 10-14 mai 1937 in *The American Journal of Psychiatry*, T. LXXXXIV, n° 5, p. 1115-1140, mars 1938.

Dans le groupe composite des ataxies cérébelleuses, P. Marie a isolé une forme clinique hérédo-familiale dont les types correspondent généralement à l'atrophie olivo-ponto-cérébelleuse. M. Akelaitis a recueilli l'histoire d'une famille dont cinq membres appartenant à trois générations consécutives ont été atteints d'ataxie. Les cas des deux derniers (deux frères) ont été suivis et l'examen post-mortem pratiqué. L'auteur s'élève contre une systématisation hâtive. Les signes parétiques et l'ataxie avec troubles mentaux étaient nets, mais l'ataxie prédominait dans un cas et le syndrome mental dans l'autre. L'atrophie fronto-pariétale et la destruction élective des cellules de Purkinje étaient caractéristiques avec de grosses différences de l'un à l'autre.

A côté des formes d'ataxie cérébelleuse héréditaire, à type olivo-ponto-cérébelleux ou ascendant, il existerait donc un type cérébellifuge, descendant, primitivement parenchymateux.

P. CARRETTE.

Les formes mentales des méningites syphilitiques aiguës. Intérêt médico-légal, par A. DONNADIEU (*La Presse Médicale*, 22 juin 1938).

Les formes mentales de la méningite syphilitique aiguë s'observent à la période secondaire ou tertiaire de la syphilis. Elles se traduisent par un syndrome confusionnel évoluant spontanément vers la guérison en même temps que s'améliorent les altérations du liquide céphalo-rachidien. L'examen du liquide permet le diagnostic étiologique du syndrome et peut autoriser un diagnostic rétrospectif.

Si au cours de l'état confusionnel, le malade se livre à des actes médico-

légaux, seule une expertise précoce pourra, grâce à l'examen du liquide céphalo-rachidien, établir un rapport entre les actes incriminés et la ménin-gite syphilitique.

L. R.

Soleil et accidents cérébro-méningés chez les enfants, par R. LIEGE.
Schémas, n° 4, p. 21-23, 1938.

L'exposition prolongée au soleil peut, suivant la tolérance du sujet et l'intensité de l'action solaire, provoquer des troubles allant de la simple céphalée avec congestion et insomnie jusqu'au coma avec contractures ou convulsions. La ponction lombaire permet d'écarter les diagnostics de ménin-gite et possède une valeur thérapeutique. Tout autre traitement est purement symptomatique. La prédisposition névropathique est évidente. On ne saurait trop recommander la prudence aux parents qui conduisent leurs enfants en vacances à la montagne et surtout au bord de la mer, même avec l'avis favorable du médecin. Une période d'adaptation variable doit toujours être observée au début de la cure.

P. CARRETTE.

Le diagnostic des hémorragies méningées, par L. RIMBAUD, Professeur à la Faculté de Médecine de Montpellier, et H. SERRE, Chef de clinique (*Le Monde Médical*, 1^{er} décembre 1938).

Les auteurs ont seulement en vue, dans ce travail, les *hémorragies sous dure-mériennes non traumatiques de l'adulte et de l'adolescent*. L'hémor-ragie méningée arachnoïdienne comporte trois groupes de signes fondamen-taux : *troubles psychiques*, avec tous les degrés depuis l'obnubilation jus-qu'au coma ; *troubles moteurs* : paralysies à prédominance hémiplegique, contracture surtout rachidienne, convulsions ; *troubles réflexes* : diminution des réflexes tendineux des membres inférieurs, signe de Babinski souvent bilatéral. Parmi les symptômes généraux, on doit noter l'hyperthermie, banale, la bradycardie, plus significative mais inconstante, et le vomisse-ment, assez rare.

Dans ce tableau clinique polymorphe, on peut individualiser quelques signes de haute valeur constituant la tétrade symptomatique de l'hémorra-gie arachnoïdienne : *torpeur, signe de Kernig, hyporéflexie tendineuse des membres inférieurs, signe de Babinski bilatéral*. D'une manière plus géné-rale encore, dans les formes atypiques, l'attention sera toujours attirée par la constatation de signes neurologiques diffus et d'une raideur, même légère.

La présence de sang dans le liquide céphalo-rachidien est le seul signe de certitude, à condition d'observer les règles de ce *chromo-diagnostic*. Il faut bien connaître l'*azotémie aiguë des hémorragies méningées* : relevant d'un mécanisme complexe, l'élévation du taux de l'urée sanguine est très fréquente, transitoire, sans traduction clinique ni valeur pronostique nettes. Les *modifications urinaires* observées sont surtout l'oligurie et l'albuminurie modérée, parfois la glycosurie, rarement l'albuminurie massive.

Parmi les problèmes que pose le diagnostic différentiel, les auteurs sou-lignent la difficulté de la distinction entre *hémorragie méningée et urémie*.

Les causes les plus fréquentes de l'hémorragie arachnoïdienne sont, avant tout, l'*hypertension artérielle*, soit isolée, soit avec *néphrite*, plus rarement

la *syphilis*, exceptionnellement les altérations sanguines. Souvent l'étiologie est complexe, parfois la cause demeure indéterminée, comme dans les *hémorragies méningées dites essentielles des sujets jeunes*. L. R.

L'hypertension crânienne chez les hypertendus artériels, par RISER, Jean PLANQUES et Paulette BARBIER (*La Presse Médicale*, 29 avril 1939).

Il y a lieu de distinguer trois groupes de faits importants : 1° cas de coexistence d'une lésion cranio-intracrânienne et d'hypertension artérielle, sans relations étroites de cause à effet ; 2° cas d'une lésion centrale neurologique entraînant une hypertension artérielle et la commandant ; 3° cas de beaucoup les plus fréquents d'une hypertension artérielle commandant l'hypertension crânienne.

En dehors des cas où il y a coexistence d'une tumeur cérébrale et d'hypertension artérielle, on peut donner le nom d'hypertension artérielle « grave » pseudo-tumorale aux formes cliniques de la maladie hypertensive qui sont accompagnées d'une forte hypertension crânienne avec syndrome clinique classique, manométrie élevée, et certaines modifications du fond de l'œil.

Mais il est des cas d'hypertension crânienne, en relation certaine avec la maladie hypertensive dont le mécanisme n'a pu, jusqu'ici, être précisé. Peut-être s'agit-il, dans certains cas, de troubles purement locaux de la perméabilité des vaisseaux méningo-cérébraux et ophtalmiques, d'où œdème local et méningite séreuse accompagnant des troubles vaso-moteurs permanents de type distensif (Rimbaud et Viallefond). Ce sont alors les symptômes oculaires, manométriques, rachidiens, très précoces, qui commandent le pronostic. René CHARPENTIER.

Complications nerveuses de la parotidite épidémique. Méningite parotidique latente (Neurcomplications in Epidemic Parotitis. Latents Parotitic Meningitis), par Karl H. FUHRMANN. *Acta psychiatrica et neurologica*, T. XIII, n° 1, p. 1-10, 1938.

Les complications nerveuses des oreillons se présentent sous trois formes essentielle : l'encéphalite, la névrite et la méningite. Le diagnostic est parfois délicat, surtout dans les variétés sans parotidite où la localisation glandulaire affecte la thyroïde, le pancréas, les ovaires ou les testicules. Les formes méningées sont rarement pures. Cliniquement on observe, ou bien une méningite bénigne avec troubles radiculaires et polynévrite, ou bien une méningite séreuse circonscrite, peu de signes de localisation périphérique mais un état psychopathique : dépression ou confusion délirante. Les formes latentes, torpides sont-elles primitives ou consécutives aux accidents précédents ? L'auteur admet l'hypothèse d'un agent pathogène à virulence exaspérée par l'infection parotidienne, d'un neurotropisme occasionnel.

P. CARRETTE.

Paralysie générale et malaria endémique (Paralisi progressiva ed endemia malarica), par V. DESOGUS, Cagliari. *Rivista di Pato. nerv. e ment.*, mars-avr 1938, p. 179-230.

Ce très important mémoire a pour but de rechercher par la comparaison statistique les relations qui unissent la morbidité malarique et syphilitique. Partant des recherches de Lutrario, qui concluaient que là où floriss-

sait la malaria, la paralysie générale ne donnait qu'une faible proportion de mortalité et inversement, l'auteur a étendu ses recherches depuis 1924 jusqu'à 1932 et a abouti à la même conclusion générale. Mais si l'on examine les faits de plus près on remarque qu'en Sardaigne, où il existe la plus grande mortalité par malaria, on observe un contingent de mortalité par paralysie générale égal à celui de la Vénétie ou de la Ligurie, où le pourcentage de mortalité malarique est faible, ce qui permet de nier la notion de l'antagonisme naturel entre la malaria endémique et la paralysie générale. On peut cependant admettre que l'infection malarique agit relativement à la syphilis comme si elle avait une propriété hyperallergisante cutanée. Plus même que ses conclusions, le travail de Desogus est intéressant par la grande richesse de sa documentation et l'exposé de l'opinion des auteurs sur nombre de problèmes.

Henri Ey.

Atrophies musculaires localisées apparaissant au cours de la paralysie générale (Atrofias musculares localizadas apareciendo no decurso da paralisia geral), par José LUCENA et Antonio COUCIERO. *Neurobiologia*. T. 1, n° 1, p. 36-43, juin 1938.

Les cas d'atrophies musculaires chez les paralytiques généraux ne sont pas fréquents. On les rattache à deux causes habituelles : prédominance de lésions médullaires localisées ou syphilis osseuse antérieure à l'atteinte nerveuse. Le cas présent est à signaler parce qu'il s'agit d'une paralysie générale traitée par la pyrétothérapie soufrée et le bismuth sans résultats, au cours de laquelle l'atrophie des muscles de la ceinture scapulaire apparaît secondairement à la soudure des apophyses transverses des deux dernières vertèbres cervicales.

P. CARRETTE.

Double paralysie radiale chez un paralytique général après malarithérapie. Rôle étiopathogénique de l'anémie post-malarique, par Mares CAHANE et Tatanla CAHANE. *La semaine des hôpitaux de Paris*, 1^{re} février 1938.

L'anémie est des plus discrètes ; le malade est un alcoolique ; peut-être présente-t-il en outre certaines déficiences endocriniennes. L'étiologie de la paralysie radiale reste donc douteuse chez ce paralytique général qui guérit assez rapidement à la suite de la cure de quinine et de l'hépathérapie.

P. CARRETTE.

Polyradiculonévrite avec dissociation albumino-cytologique, survenue au cours d'une désintoxication chez une polytoxicomane (Poliradiculoneuritis con disociación albúminocitológica en un politoxicómano sobrievnida en el curso de una desintoxicación), par J. de AJURIAGUERRA et Hadji DIMO. *Revista mexicana de Psiquiatría, Neurología y Medicina legal*. T. V, n° 26, p. 23-32, juillet 1938.

L'apparition d'un syndrome toxi-infectieux avec fièvre, onirisme, réaction méningée, polynévrite à développement rapide et grande diffusion est en rapport, dans le cas présent, avec la privation de morphine et d'elixir parégorique. Malgré la gravité de la phase aiguë, on sait que ces états évo-

luent favorablement, sauf à laisser quelques séquelles neuro-musculaires. L'opium seul est plus rarement en cause que les autres toxiques, l'alcool en particulier, dont le rôle dans les phénomènes d'insuffisance hépatique et cardio-rénale est capital.

P. CARRETTE.

Epithélium utérin chez une déséquilibrée maniaque ayant eu la syphilis, par Henri DAMAYE et Bernard POIRIER. *Le Progrès médical*, n° 2, p. 56, 8 janvier 1938.

La malade atteinte d'accès maniaque récidivant sur un terrain névropathique avec réactions humorales de la syphilis présente sans doute une psycho-encéphalite. Le rôle étiologique du cancer utérin est discuté. Les auteurs croient que si les déprimés sont fréquemment des tuberculeux, l'organisme des agités et des déséquilibrés paraît plus sensible à l'atteinte des tumeurs malignes.

P. CARRETTE.

Hyperostose frontale interne avec troubles mentaux (Syndrome de Morgagni-Morel), par P. DELMAS-MARSALET (*Journal de médecine de Bordeaux*, p. 661, 24-31 décembre 1938).

L'observation rapportée concerne une femme de 52 ans chez qui évolue la triade suivante : céphalées qui comportent un coefficient névropathique probable, adiposité tronculaire sans obésité, troubles mentaux caractérisés par un affaiblissement psychique parvenu à un stade prédéméntiel, une instabilité psychomotrice avec irritabilité ; la radiographie révèle l'hyperostose frontale interne marquée par la présence de deux masses opaques à contour géographique doublant le frontal. A cet ensemble classique, il faut ajouter l'existence de troubles légers de l'équilibre et une mélanodermie limitée aux régions temporo-frontales. Ce syndrome paraît évoluer progressivement depuis plusieurs années et réalise bien les caractères pathognomoniques du syndrome mystérieux de Morgagni-Morel.

BERGOUIGNAN.

Contribution clinique à l'étude de l'influence du diencephale sur le trophisme sexuel (Contribución clínica a la influencia del diencefalo sobre el trofismo sexual), par Juan CUATRECASAS, Thomas OCAÑA et Nicolas A. VITA. *Boletín del Instituto psiquiátrico*, n° 22, p. 5-22. Rosario, 1938.

L'influence des centres hypothalamiques sur la sphère sexuelle est démontrée par l'examen de lésions traumatiques, de cas d'encéphalite, de syndromes adipo-génitaux consécutifs à des tumeurs. Les troubles génitaux hyper ou hypotrophiques s'établissent directement ou par l'intermédiaire d'altérations hypophysaires. Il est du plus haut intérêt de noter les corrélations des troubles diencephaliques avec les modifications neuro-végétatives et génitales, parallèlement aux perturbations psychiques : confusion, hallucinations, troubles de l'humeur et de la sexualité.

P. CARRETTE.

Etudes catamnestiques sur l'encéphalite épidémique chronique (Katamnestische Untersuchungen bei Enzephalitis epidemica chronica), par H. NÄGELI, de Zurich. *Monatsschrift für Neurologie und Psychiatrie*, 98, 3, 1938.

Les troubles de l'encéphalite épidémique chronique ne sont pas fatalement progressifs ; dans les cas légers notamment, la régression spontanée, en l'absence de toute thérapeutique, peut être observée. Les troubles végétatifs peuvent s'atténuer, de légers syndromes parkinsoniens peuvent complètement disparaître, l'état psychique peut s'améliorer. Par contre l'aspect figé du facies, la parésie de la convergence, l'hypersomnie, restent généralement sans modification. L'évolution favorable a été enregistrée par l'auteur dans près d'un tiers des 150 cas sur lesquels a porté l'enquête. Il signale en particulier la régression des tendances criminelles et perverses observée chez 22 malades parmi 49 qui avaient présenté de ces tendances ; 14 sont redevenus complètement sociables et aptes à reprendre leur profession.

E. BAUER.

Pathogénèse de l'encéphalite accompagnant la vaccination, la variole et la rougeole (Pathogenesis of Encephalitis occurring with Vaccination, Variola and Measles), par KNOX H. FINLEY. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXXIX, n° 5, p. 1047-1054, mai 1938.

L'encéphalite associée aux exanthèmes est pour M. Finley une réaction allergique. Les hypothèses qui font intervenir les toxines, l'infection secondaire ou les troubles circulatoires ne tiennent compte que du fait anatomique. Or, l'excision de la plaie vaccinale n'empêche pas les phénomènes généraux de se développer. D'autre part, l'immunisation d'un animal rend vaine une tentative d'inoculation intracérébrale. Toutefois, beaucoup de faits restent obscurs : ainsi, les conditions qui favorisent ou s'opposent à l'encéphalite allergique, celles qui régissent son apparition tardive.

P. CARRETTE.

Sur l'idiotie amaurotique juvénile (type Spielmeyer-Vogt). Contribution à l'étude de sa sémiologie extra-pyramidale, de la répartition et de la cytologie de ses lésions, par Maurice DIDE et LUDO VAN BOGAERT. *Revue Neurologique*. T. LXIX, n° 1, p. 3-42, janvier 1938.

La maladie amaurotique atteint électivement les formations ganglio-cellulaires ; elle épargne les éléments mésodermiques. Le point de vue nosologique distingue des variétés opto-néostriée, nigérienne, cérébelleuse, pallido-thalamo rubrique avec prédominance de l'akïnésie ou de l'ataxo-choréo-athétose ou de spasme de torsion. L'enrichissement du domaine clinique ne permet toutefois pas de formuler une hypothèse solide sur les rapports de l'idiotie amaurotique juvénile avec les psychoses parapubères, même familiales. Il faudrait observer des cas d'hébéphrénocatatonie comportant une rétinite pigmentaire ou un complexe neurologique typique pour orienter les recherches. Mais il semble que l'étude de l'anatomie pathologique de la démence précoce conduise à d'autres découvertes.

P. CARRETTE.

Sur l'idiotie amaurotique juvénile, par G. MARINESCO. *Revue neurologique*. T. LXIX, n° 5, p. 449-458, mai 1938.

Les communications qui se succèdent sur les cas d'idiotie amaurotique ont provoqué des controverses qui portent principalement sur la nosologie et l'histologie. Marinesco a joué un rôle considérable dans l'évolution de ces questions. Il répond, dans le présent travail, aux affirmations de MM. Dide et van Bogaert. Il semble que le problème en est à la phase documentaire. La tendance est à la multiplication des formes cliniques : type de Tay-Sachs, de Spielmeyer-Vogt, de Muhlberger, de Higier-Freud-Vogt et forme adulte de Kufs. Du point de vue histologique, l'auteur note les caractères des lipoides, les modifications de la perméabilité de la membrane cellulaire qui accroissent le rôle des ferments et des ions, enfin l'irréversibilité des phénomènes biologiques signalés.

P. CARRETTE.

Les corrélations nerveuses de la vision et leur signification dans la localisation des tumeurs cérébrales (Neural Correlations of Vision and their Significance for Localization of Tumors of the Brain), par Charles A. ELSBERG et H. SPOTNITZ. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXXIX, n° 2, p. 316-326, février 1938.

L'œil soumis à une lumière continue ou vacillante pendant quinze secondes réagit après une période d'adaptation qui varie avec l'intensité, la distance, la forme de la source lumineuse. Les expériences sur des sujets normaux ont permis d'établir les constantes modifications visuelles pour lesquelles l'influence centrale est sans doute plus forte que celle de la rétine. Dans les cas de tumeurs cérébrales, MM. Elsberg et Spotnitz observent une augmentation de la période d'adaptation au stimulus lumineux continu pour l'œil opposé à l'hémisphère affecté dans les cas de tumeur subectoriale. Pour une lésion frontale, la durée de la période réfractaire est plus longue pour l'œil situé du même côté avec une lumière vacillante qu'avec un stimulus continu. C'est l'inverse pour une tumeur pariéto-occipitale.

P. CARRETTE.

Sur un cas de tumeur du corps calleux, par J. LAFON et J. FAURE (*Journal de médecine de Bordeaux*, p. 503, 6-13 mai 1939).

Observation anatomo-clinique d'une tumeur (glioblastome) rapidement évolutive du corps calleux, marquée par des troubles psychiques (ralentissement idéatoire avec tendance dépressive), une hypertension intracrânienne fruste, un déséquilibre statique important ; le liquide céphalo-rachidien présentait une pleiocytose considérable (161 éléments dont 90 % de polynucléaires) et une hyperalbuminose marquée ; le malade succombe trois mois après l'apparition des premiers symptômes.

Les auteurs insistent sur les particularités du comportement psychique, fait surtout d'apathie et de fatigabilité extrême : une note hypochondriaque, dépourvue de contenu affectif véritable, se greffait ici sur ce tableau psychique qui mérite d'être bien individualisé.

BERGOUIGNAN.

Tumeurs malignes du troisième ventricule (Malignant Tumor within the Third Ventricle), par Frank R. Ford et Wendell Muncie. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXXIX, n° 1, p. 82-95, janvier 1938.

Trois cas de tumeur du troisième ventricule avec envahissement des parois sont rapportés. Leurs caractères histologiques sont très particuliers : la présence de cellules polygonales et de petites cellules groupées en manchons péri-vasculaires rend vraisemblable l'hypothèse de tumeur d'origine embryonnaire. Le tableau clinique se compose comme suit : signes d'hyper-tension intracranienne sans œdème papillaire ni bradycardie, syndrome hypothalamique et infundibulaire, atrophie optique par compression, troubles de la marche et de la parole ; inconscience, amnésie, euphorie et irritabilité intermittente. La réaction méningée est surtout marquée par la pléiocytose. Le diagnostic vraisemblable était celui de tumeur suprasellaire ou d'encéphalite périaxiale de Schilder.

P. CARRETTE.

Le syndrome de Laurence Moon-Bardet, par DELMAS-MARSALET, BERGOUIGNAN, BESSIERE et LAFON. *Journal de Médecine de Bordeaux*, 5-12 mars 1938. p. 249.

A propos d'une observation typique d'obésité avec rétinite pigmentaire et polydactylie, les auteurs relatent les troubles mentaux habituellement observés dans ce curieux syndrome : il s'agit surtout de puérilisme : le sujet de cette observation, âgé de 26 ans, avait un niveau mental de 8 à 10 ans ; l'apathie, les réactions affectives de type infantile complètent le tableau psychique.

BERGOUIGNAN.

PSYCHOLOGIE

Sensations extérieures par rapport au corps et sensations subjectives, par B. BOURDON (*Journal de psychologie normale et pathologique*, mai-juin 1938).

Par extériorité, en général, il faut entendre le phénomène de la différence de position ou de la séparation spatiales. A l'extériorité peuvent s'ajouter d'autres déterminations (au-dessus et au-dessous, à gauche et à droite, etc.), dont il n'est volontairement pas tenu compte ici. Par sensations subjectives, l'auteur entend celles qui se localisent à la surface ou à l'intérieur du corps. La subjectivité n'exclut pas l'extériorité.

De cette étude, M. B. Bourdon conclut qu'il n'y a pas d'opération spéciale qui consisterait en une extériorisation des sensations. Deux sensations visuelles simultanées apparaîtront immédiatement, qu'elles se rapportent à des objets distincts de notre corps ou à ce corps lui-même, comme extérieures l'une par rapport à l'autre.

R. C.

La fonction sociologique de la main humaine et de la main animale, par G. RÉVÉSZ (*Journal de psychologie normale et pathologique*, janvier-mars 1938).

La main humaine exprime certaines formes de manifestation de la vie humaine — et purement humaine — que nous recherchons en vain chez les

animaux. Dans la main qui travaille, qui communique quelque chose, qui crée, qui a une expression, s'incarne d'une manière frappante l'idée de l'Homme. Cette main ne distingue pas moins l'Homme de l'animal que chacune des fonctions qui, sans aucun doute, n'appartiennent qu'à l'Homme.

Il n'est pas nécessaire de chercher la ligne de démarcation entre l'Homme et l'animal dans les régions les plus élevées des manifestations de la vie spirituelle, dans les manifestations les plus hautes de l'esprit humain. La limite, la séparation s'établit déjà là où se trouvent encore des conformités morphologiques et physiologiques, dans un sens plus large, des conformités entre les organes de l'Homme et ceux de l'animal, dans la forme, dans la fonction ou dans la signification de la main.

R. C.

Le vocabulaire scolaire et les associations opposées (El vocabulari escolar i les associacions oposades), par Agustí GRANADA I PICH. *Revista de Psicologia i Pedagogia*. T. V, n° 19, p. 419-443, août 1938.

L'épreuve des contraires, — qui consiste à étudier les stimuli psychologiques en proposant une liste de mots pour obtenir, non pas des synonymes ou des associations directes, mais les mots de sens opposé, — a montré à l'auteur la pauvreté du vocabulaire et l'imprécision de la traduction verbale chez les scolaires. Il insiste sur la nécessité d'une discipline imposée par les éducateurs aux élèves pour leur inculquer les techniques utiles.

P. CARRETTE.

L'inattention et la distraction chez l'enfant, par Gilbert ROBIN (*La Médecine Internationale illustrée*, avril 1939).

Le langage courant confond avec l'inattention, la distraction, la rêverie, l'étourderie, la dissipation. Une inattention apparente de l'enfant traduit souvent une curiosité dispersée, source de nombreuses acquisitions, ou une activité mythique plus ou moins compatible avec l'activité pratique et intellectuelle normale. Il est des cas de pseudo-distraction par obnubilation psychique, par hyperémotivité. L'inattention proprement dite peut être : par défaut (aprosexie), ou par diffusion (hyperprosexie). L'aprosexie ne saurait être distrait.

Dans l'aprosexie, l'auteur range les enfants fatigués, surmenés, les insuffisants respiratoires (végétations adénoïdes, glossoptose), les asthéniques par insuffisance surrénale, les déprimés constitutionnels, les hyperthyroïdiens, les myxoédémateux, les arriérés simples.

L'hyperprosexie se trouvera chez d'autres types de fatigués, de surmenés, d'insuffisants respiratoires (de tempérament et de constitution différents), les excités maniaques, les instables dysglandulaires, les débiles intellectuels. Elle ne saurait être séparée du grand groupe des instabilités psychomotrices. Il n'est guère d'instabilité qui ne s'accompagne d'inattention, qu'il s'agisse d'instabilité psychomotrice simple, ou d'instabilité subchoréique, toxico-infectieuse, post-encéphalitique, etc.

Après quelques notations sur les différences entre l'inattention, la distraction et l'étourderie, M. Gilbert Robin conclut en montrant l'importance pratique de l'étude à la fois psycho-physiologique, psycho-biologique, et psychoneurologique de l'attention, étude qui tend à éviter la confusion entre les faits qui relèvent les uns de l'éducation, et les autres de la médecine.

R. C.

PSYCHANALYSE

Un philosophe en face de la psychanalyse, par H. LE SAVOUREUX (*Nouvelle Revue Française*, 1^{er} février 1939).

Déclarant qu'il n'existe pas un exposé de la psychanalyse plus intelligent et plus loyal, M. Le Savoureux discute ici les conclusions de la thèse de M. Roland Dalbiez sur « la méthode psychanalytique et la doctrine freudienne ». Le danger pour la psychanalyse d'être ramenée à ses principes essentiels, c'est de mettre en lumière les contradictions et les lacunes de ses fondements. Pas plus que Freud, M. Dalbiez ne parvient à démontrer la valeur objective de la psychanalyse. Découvrir des complexes, refoulés ou non, ne démontre pas qu'ils soient les causes des phénomènes étudiés.

M. H. Le Savoureux s'élève contre le caractère de cohérence logique proposé comme critérium d'exactitude du « déterminisme psychologique », contre la conception de conservation de l'énergie sous forme de « dynamisme mental ». Le freudisme nie l'accident et ne veut voir dans les désordres psychiques que le jeu normal des tendances contrariées. L'assimilation du psychologique morbide au mécanisme normal est totalement erronée, en ce qui concerne tout au moins l'origine des phénomènes. L'auteur s'élève aussi contre cette assertion de M. Dalbiez que « les cas négatifs ne prouvent rien ». Il faudrait pour cela que leur nombre fût très limité. La plupart des « cas probants » de M. Dalbiez ne représentent pas des cas pathologiques. Or, seuls, les faits d'ordre médical sont susceptibles d'offrir des exemples tangibles de réussite. D'origine médicale, de but médical, l'unique contrôle de la justesse d'une psychanalyse ne peut être que médical. Sauf l'argument de la guérison, tous les autres ne sont qu'hypothèses invérifiables. Ne s'attaquant qu'à l'accessoire et ignorant l'essentiel, comment l'investigation psychologique pourrait-elle prétendre à guérir un processus pathologique ? L'analyse freudienne n'atteint que les effets et jamais les causes. Par suite, elle passera toujours à côté de la question.

R. C.

Quelques principes de psychosynthèse, par le Dr A. J. KIEWIET de JONGE (*Psychiatrische en Neurologische Bladen*, n° 2, 1938).

La psychosynthèse est le but final de l'analyse psychologique, analyse qui montre bien que le traumatisme sexuel de l'enfance ne joue pas toujours un rôle décisif, contrairement à l'opinion des adeptes de Freud. L'analyse n'est que le début du traitement. Connaître ses entraves intérieures ne signifie pas encore en être délivré. A la dernière séance, l'analysé n'est pas encore réadapté, ni préparé à la vie. Il se heurte à bien des obstacles.

Il faut faire comprendre au malade qu'il ne l'est pas en réalité, mais qu'il est dupe, à son insu, des erreurs qui se sont glissées dans son esprit, qu'à mesure de leur découverte, il redevient responsable de sa maladie. En faisant appel à l'amour-propre du malade, on supprime bien souvent un sentiment d'infériorité, on réveille son intelligence. Il doit apprendre que la santé morale consiste en une juste conception de la vie, en l'équilibre entre l'homme primitif et l'homme civilisé. La grande tâche du psychiatre est de faire la synthèse entre ces deux êtres.

Les tendances de la névrose à la protection prennent racine dans le fait

que le malade est enclin à éviter la lutte. Il faut lui faire comprendre que tout en éliminant de son conscient des pensées ou des émotions pénibles, la névrose aggrave, en général, son sort, et qu'il y a toujours une meilleure solution. Le manque de courage et de discipline intérieure doit être l'objet de tous les soins. A elle seule, la psychanalyse ne forme ni ne réforme une personnalité.

M. J.-K. de Jonge croit que la raison pourra, avec succès, s'attaquer « aux préjugés si fréquents à la base de certaines névroses » et « faire comprendre aux malades que l'homme primitif n'est pas mauvais, ni la nature mauvaise ». Sans doute, faudrait-il, pour cela, être convaincu de ces postulats ? Il désire cependant « convaincre ses malades de l'impossibilité de dépasser un certain maximum individuel ». La Raison seule peut « diriger la vie humaine et cela, à la condition qu'elle établisse l'harmonie et l'équilibre entre l'homme civilisé et le primitif ». Il faut « humaniser » l'analyse et la « synthétiser ». Le grand but de la synthèse, c'est de diriger l'homme vers la libération intérieure et vers la tolérance. Dans ces conditions, tous admettront la conclusion de l'auteur : « les difficultés de la psychosynthèse sont immenses ».

René CHARPENTIER.

Le facteur psychanalytique dans l'hypnose (*The Psycho-Analytical Factor in Hypnosis*), par N. SPEYER et Berthold STOKVIS. *The British Journal of Medical psychology*. T. XVII, n° 2, p. 217-222, 21 mars 1938.

L'étude de l'aptitude à être hypnotisé a permis à Ferenczi d'édifier une théorie psychanalytique de l'hypnose basée sur les personnalités du sujet actif et du sujet passif et sur l'évolution du traitement consécutif à l'analyse. L'état de dépendance, de soumission de l'hypnotisé vis-à-vis de l'hypnotiseur réactive le complexe d'Edipe et l'attitude infantile érotique. Les protocoles indiquent le fort composant sado-masochiste des instincts et une régression plus profonde que ne le supposent généralement les auteurs.

P. CARRETTE.

Le sens de l'immortalité (*The sense of Immortality*), par Gregory ZILBOORG. *The Psychoanalytic Quarterly*. T. VII, p. 171-199, 1938.

L'idéal et la croyance de l'homme primitif ont évolué dans le cours des temps pour transformer l'idée d'immortalité en un sens de l'immortalité qui joue un rôle capital dans l'élaboration de nos théories de salut social et dans la conduite altruiste de la vie commune. L'idée de notre mort est insoutenable ; nous la concevons en spectateur. L'image de la mort associée au danger provoque l'anxiété, mais le risque isolé réveille notre instinct. Quand les circonstances nous permettent d'imaginer le salut dans le danger il en résulte une impression d'euphorie ; c'est — et en particulier dans les psycho-névroses — le sens de la culpabilité qui déclenche la crainte. Ces idées exaltantes soutenues par la théorie de Freud contredisent le principe du plaisir lié à l'instinct de la mort. Mais, ce qui a une portée plus générale, c'est que les forces culturelles, l'idéal social, la puissance de la tradition, l'utopie sociologique sortie de la tragédie éternelle de l'inceste et du meurtre ne peuvent stimuler l'instinct de vivre qu'avec l'appui du sens de l'immortalité, capable de nous identifier avec le superego.

P. CARRETTE.

La structure psychologique de la névrose comme problème pathogénique, par T. BILKIEWICZ. (*Polska Gazeta Lekarska*, T. XVII, n° 37 du 11 septembre 1938).

L'auteur fait ressortir l'importance et le rôle de l'introspection psychologique dans les névroses. L'étude psychologique des malades fournit les bases de l'interprétation de la structure de la névrose et éclaire sa genèse. La structure de la névrose est une notion de psychologie. Elle constitue l'ensemble des facteurs émotionnels qui relient logiquement les symptômes aux causes et aux tendances psychiques du sujet.

Pour l'auteur, la partie essentielle de l'étude de la structure de la névrose réside dans l'appréciation de la symbolique des manifestations dont l'analyse demande une attention toute particulière. A ce facteur de première importance s'ajoutent le fonds constitutionnel, héréditaire ou acquis du sujet, l'ensemble du syndrome neuro-végétatif, des facteurs caractérologiques, des chocs psychiques et des conflits moraux du passé déjà lointain. Sur ces multiples éléments structuraux de la névrose vient se greffer le conflit moral qui lui apporte son actualité créatrice. Le dernier conflit psychique crée la raison pour laquelle le malade cherche un refuge dans la maladie et apporte le facteur qui déclenche l'activité potentielle de la névrose.

Pour compléter cet ensemble, il convient de tenir compte des influences néfastes des mauvaises méthodes éducatives. Elles expliquent les raisons de nombreuses fuites dans la maladie et trouvent une illustration éloquente dans la névrose traumatique si fréquente aujourd'hui ou dans le chantage hystérique. La connaissance de la structure rationnelle des névroses permettrait la réalisation d'une psychothérapie efficace qu'il serait souhaitable de voir pratiquer, non seulement dans les services de psychiatrie, mais également dans le domaine de la médecine générale et de la chirurgie.

FRIBOURG-BLANC.

THÉRAPEUTIQUE

Sur un cas de psychose réactive guérie par la méthode de von Meduna (Sobre un caso de psicosis reactiva curada por el método de von Meduna), par Pedro J. NISIBAR. *Boletín del Instituto psiquiátrico*, n° 22, p. 43-50, Rosario, 1938.

Il s'agit d'une hyperthymique dont l'émotivité et la résistance physique et morale ont été soumises à de longues et cruelles épreuves. L'état de tension aboutit à une véritable explosion de manie confusionnelle immédiatement traitée par deux injections de Hexeton, produit convulsivant qui présente quelques ressemblances chimiques avec le camphre, c'est la méthylisoprophyl-cyclohexetone. La guérison obtenue en quelques jours se maintient après 4 mois.

P. CARRETTE.

Le cardiazol dans le traitement de la schizophrénie (El Cardiazol en el tratamiento de la Esquizofrenia), par Baltazar CARAVEDO. *Revista mexicana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal*, T. V, n° 26, p. 11-20, juillet 1938.

M. Caravedo préconise le cardiazol dans les états schizophréniques. Il recommande, à côté des précautions médicales connues, des mesures psy-

chothérapiques permettant d'organiser la cure avec le maximum de discrétion et de minimiser les accès d'angoisse du début de la crise. La technique courante lui paraît être la meilleure : solution à 10 % en injections intra-veineuses à raison de 1 cm³ par seconde en commençant par 4 cm³.

P. CARRETTE.

Traitement de choc par le métrazol dans les psychoses fonctionnelles (Metrazol Shock Treatment of the « Functional » Psychoses), par A.-A. LOW, I.-R. SONENTHAL, M.-F. BLAUROCK, Maurice KAPLAN et Irene SHERMAN. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXXIX, n° 4, p. 717-736, avril 1938.

Le choc convulsif du métrazol, d'abord tenté dans la schizophrénie, puis dans la psychose maniaque-dépressive et les états dépressifs ou asthéniques sans délire, produit de profondes modifications de métabolismes divers. Toutefois l'antagonisme entre l'épilepsie et les psychoses fonctionnelles ne paraît pas démontré. Le résultat du traitement est en tous cas très supérieur à celui de la narcose prolongée.

P. CARRETTE.

Traitement des psychoses par le pentaméthylentétrazol (Treatment of Psychoses with Pentamethylenetetrazol), par H.-H. GOLDSTEIN, E.-F. DOMBROWSKI, J.-V. EDLIN, A.-P. BAY, C.-L. Mc. CORRY et WEINBERG. *The American Journal of Psychiatry*. T. LXXXXIV, n° 6, p. 1347-1354, mai 1938.

Dans un exposé très clair des effets du cardiazol sur les psychoses, les auteurs montrent l'antagonisme de l'épilepsie et des états schizophréniques. Les cas récents de manie et de catatonie guérissent. Les cas les plus tenaces s'améliorent dans la moitié des cas. A partir de 5 ans de durée, une psychose n'est que rarement accessible au traitement, mais il faut le pratiquer puisqu'on a vu des hébéphréniques guérir et des catatoniques être améliorés 11 ans après le début de leur maladie.

P. CARRETTE.

Traitement de la schizophrénie par le cardiazol à dose convulsivante (Tratamiento de la esquizofrenia con cardiazol a dosis convulsivante), par Honorio DELGADO. *Revista de Neuro-Psiquiatria*. T. 1, n° 1, p. 19-50, Lima, mars 1938.

L'auteur a obtenu des résultats très satisfaisants grâce au traitement par le cardiazol dans la schizophrénie. Il insiste sur la nécessité de réunir le plus rapidement possible les éléments du diagnostic pour faire un traitement précoce. A côté des contre-indications formelles commandées par les états fébriles et les cardiopathies, il attire l'attention sur la fréquence, chez les déments précoces, de la décalcification et de l'imprégnation tuberculeuse, qui n'empêchent pas la cure convulsivante quand un traitement énergique de l'état général est immédiatement entrepris.

P. CARRETTE.

Catatonie expérimentale et shock cardiazolique (Catatonia experimental y shock cardiazolico), par Carlos GUTIÉRREZ-NORIEGA. *Revista de Neuro-Psiquiatria*. T. 1, n° 1, p. 85-108, Lima, mars 1938.

La catatonie expérimentale est réalisée sur le chien par la bulbocapnine. Le shock produit par le cardiazol réduit de 40 0/0 la durée de la période cataleptique. Il modifie sa profondeur en agissant sur la flexibilité cirreuse, mais n'agit pas sur la perte de l'initiative motrice.

P. CARRETTE.

Modifications chimiques du sang survenant pendant le traitement des troubles mentaux psychogénétiques par les convulsions dues au métrazol (Blood Chemical Changes occurring in the Treatment of Psychogenic Mental Disorders by Metrazol Convulsions), par S. MAURER, H.-O. WILES et C.-M. MERBERG avec B. SKORODIN et M.-L. FISHER. *The American Journal of Psychiatry*. T. LXXXIV, n° 6, p. 1355-1361, mai 1938.

Au cours de la convulsion provoquée par le métrazol, les auteurs ont observé, — dans la démence précoce, la psychose maniaque-dépressive et la mélancolie d'involution — des modifications du sang : acidose très marquée, variations des électrolytes, assez uniformes chez les divers malades pour aider au pronostic. Après la crise, dans les cas favorables, les constantes sanguines reprenaient leurs valeurs normales.

P. CARRETTE.

Anomalies de la mémoire chez les schizophrènes traités par le cardiazol (Anormalidades de la memoria en los esquizofrénicos tratados por el Cardiazol), par Fernando FIGARI DIEZ CANSECO. *Revista de Neuro-psiquiatria*. T. I, n° 2, p. 150-173, Lima, juin 1938.

La mémoire, si vivement altérée au cours de l'accès provoqué par le cardiazol, ne garde aucune anomalie secondaire chez les schizophrènes. Pratiquement l'abolition de la fonction mnésique s'effectue dans les 20 minutes qui suivent l'injection. Puis quelques souvenirs réapparaissent, variables suivant les sujets et les attaques. Deux heures après l'accès en général, les souvenirs sont redevenus normaux après un stade de lenteur d'idéation, de paramnésie. Les troubles d'évocation sont plus apparents que les troubles de fixation et les souvenirs récents sont les plus touchés.

P. CARRETTE.

Les sulfamides en médecine infantile, par L. BABONNEIX, médecin du service d'enfants de l'Hôpital Saint-Louis (*Gazette des Hôpitaux*, 29 avril 1939).

Aujourd'hui d'un usage courant en médecine infantile, les sulfamides sont à conseiller, en particulier, dans les infections intéressant le système nerveux. C'est dans le traitement des méningites à méningocoques et dans les infections streptococciques localisées (méningites aiguës primitives ou secondaires à une otite, à un érysipèle du nouveau-né) qu'ils donneront les meilleurs résultats, en les employant avec les précautions d'usage.

Dans la méningite cérébro-spinale, le para-amino-phénylsulfamide (1162 F) est doué de propriétés aussi bien prophylactiques que curatives. Il doit être administré le plus tôt possible, à doses fortes (R. Martin) variables selon l'âge, par prises répétées toutes les 3 heures à cause de son élimination rapide, pendant 5 à 10 jours si le traitement est fait dès le début des symptômes. Les accidents sont exceptionnels. Les résultats sont excellents. Pour M. L.-E. Tixier, le sérum antiméningococcique ne doit pas être associé à ce traitement.

Dans les méningites purulentes streptococciques secondaires à une otite ou à une sinusite, l'intervention chirurgicale est formellement indiquée. Dans les autres, le traitement médical suffit et consiste dans l'administration (par la bouche et par la voie intra-rachidienne) à hautes doses de sulfamides (1,162 F) et de façon prolongée pour éviter les rechutes, en surveillant la diurèse et le bon fonctionnement de l'intestin, cela sans avoir recours au sulfate de soude ou au sulfate de magnésie.

René CHARPENTIER.

Sulfamidothérapie. Posologie et conduite du traitement chez l'adulte, par Robert TIFFENEAU (*Gazette des Hôpitaux*, 29 avril 1939).

Les règles qui président à la sulfamidothérapie sont très variables, en particulier selon le degré de gravité de l'affection. M. Tiffeneau indique ici les règles qui doivent présider à la posologie (infections bénignes, infections graves), à la conduite du traitement (répartition dans les 24 heures, progressivité des doses, tolérance individuelle) à la durée du traitement (diminution progressive, indications et contre-indications à la prolongation du traitement).

Le sulfamide est incompatible avec les sulfates alcalins (sulfate de soude, sulfate de magnésie), facteurs de sulphémoglobinémie.

En cas de nécessité d'une élimination rapide, des boissons abondantes permettent généralement de débarrasser en quelques heures les tissus et le sang du toxique qui y est retenu.

A la dose d'un gramme par gramme de sulfamide administré, le bicarbonate de soude est utile pour prévenir les accidents possibles d'acidose.

René CHARPENTIER.

Les accidents du traitement sulfamidé, par Rémy LEVENT (*Gazette des Hôpitaux*, 29 avril 1939).

Bien que les imprudences posologiques du début soient maintenant exceptionnelles, une inégalité individuelle de tolérance peut être à l'origine d'accidents de gravité très inégale, dus peut-être aussi parfois à la nature du produit employé.

Il n'a jamais été observé que des accidents généraux, tantôt précoces dus sans doute à l'intolérance, tantôt tardifs en rapport avec l'intoxication.

Les accidents du début sont tantôt immédiats (quelques heures après le début du traitement), tantôt précoces (3^e au 12^e jour). Généralement fugaces et de peu de gravité, les accidents immédiats consistent en céphalée frontale, asthénie soudaine, léger état ébrioux, vertiges, somnolence ou même prostration, troubles digestifs, troubles urinaires, amaigrissement soudain, parfois même accidents analogues aux accidents anaphylactiques.

Les accidents précoces, moins fugaces, sont surtout la cyanose, des éruptions avec fièvre (40°), durant 48 heures, une brusque poussée thermique isolée, des troubles digestifs, de l'ictère avec pigments dans les urines, parfois aussi un certain degré d'acidose plasmatique.

Plus rares, les accidents tardifs, dus à un traitement prolongé chez un malade taré, sont beaucoup plus graves et quelquefois mortels : troubles hépatiques et rénaux, anurie transitoire, hématurie, toxicodermies, névrites (névrite optique), polynévrites des membres inférieurs, méthémoglobinémie et surtout sulphémoglobinémie de pronostic toujours sérieux surtout chez les anémiques, agranulocytose, anémies profondes sans leucopénie, troubles de la spermatogénèse.

Ces accidents seront évités en n'utilisant cette thérapeutique qu'avec des indications précises et des précautions nécessaires (séjour au lit, boissons abondantes, surveillance quotidienne des doses, examen attentif des tares et du terrain, examens spectroscopiques et cytologiques répétés du sang, choix du médicament). Les sulfamides sont nombreux mais non interchangeables. Ils sont incompatibles avec les arsénicaux, les auriques, les divers produits renfermant du soufre, etc.

René CHARPENTIER.

L'antisepsie interne des maladies microbiennes par des dérivés du soufre, par Ernest FOURNEAU, Chef de Service à l'Institut Pasteur, Membre de l'Académie de Médecine (*Gazette des Hôpitaux*, 29 avril 1939).

M. Ernest Fourneau résume dans cet article l'histoire de cette thérapeutique depuis que Dornagk fit connaître, en 1935, les propriétés anti-streptococciques de la sulfamidochrysoïdine. Il existe actuellement deux grandes séries de médicaments soufrés : les phénylsulfamides et les sulfones. A ces deux séries se rattachent tous les remèdes employés actuellement contre les maladies bactériennes plus ou moins voisines des streptocoques.

Après quelques notions d'ordre chimique (formules développées, préparation, synonymes du 1162 F.) de ce corps qui agit avec plus ou moins d'intensité sur les streptocoques, méningocoques, staphylocoques, gonocoques, colibacilles, anaérobies, brucella, bacilles de Duerrey, bacilles pesteux, typhiques, etc., sur l'agent de l'actinomyose, sur certains virus filtrants, et qui aurait une légère action inhibitrice sur la croissance des bacilles tuberculeux, M. E. Fourneau indique les deux séries (en dehors des sulfones), auxquelles l'amino-phénylsulfamide a donné naissance. Absorbé, il se répartit dans tous les tissus. La concentration sanguine atteint son maximum 3 à 4 heures après l'absorption par voie buccale. Il s'élimine surtout par l'urine. C'est à Marshall qu'on doit la méthode de dosage la plus communément employée.

René CHARPENTIER.

Action du chlorate de potasse sur la poliomyélite antérieure aiguë, par Ch. CONTAT, M. ARTHUS, C. SPYCHER et F. DEBAT (*Annales de Thérapie biologique*, mai 1939).

Exposant les très intéressants résultats cliniques et expérimentaux observés par eux au cours du traitement de la poliomyélite antérieure aiguë par le chlorate de potasse, les auteurs rapportent que chez tous les malades ce traitement a ramené la température à la normale en 18 à 72 heures et généralement en moins de 36 heures. Tous les autres symptômes s'améliorent parallèlement, de façon progressive et régulière ; ils disparaissent presque toujours en 8 à 10 jours, le traitement étant arrêté 48 heures après le retour à la température normale.

Ces résultats thérapeutiques ont été obtenus en prescrivant le chlorate de potasse à la dose quotidienne de 8 à 10 centigrammes par kilogramme de poids du corps, administré par voie buccale en 12 fractions égales (de 2 heures en 2 heures). En procédant ainsi, il ne s'est produit aucun accident, aucune altération de la composition des urines.

L'expérimentation chez le singe (*macacus rhesus*), après inoculation intracérébrale d'une émulsion de moelle d'un sujet (homme ou singe) mort de poliomyélite, a montré des résultats analogues alors que mouraient les singes témoins non traités par le chlorate de potasse.

Des expériences sont encore en cours sur la neutralisation du virus poliomyélitique *in vitro* par le chlorate de potasse et sur les possibilités de l'immunisation préventive du singe par le virus ainsi transformé.

René CHARPENTIER.

Quelques nouvelles applications thérapeutiques du potassium, par A. RAVINA (*La Presse Médicale*, 24 mai 1939).

Rappelant que le potassium est un des éléments normaux de l'organisme, l'action dépressive des sels de potassium particulièrement marquée sur le système nerveux central, et le fait que le potassium serait indispensable à l'activité du parasympathique, M. A. Ravina expose les heureux résultats obtenus en traitant la *paralysie familiale périodique* par les sels de potassium (citrate, acétate, bromure). Pudenz et ses collaborateurs ont montré, sans pouvoir l'expliquer, que dans ce syndrome clinique si curieux (crises de paralysie flasque étendue survenant généralement pendant le sommeil, avec abolition des réflexes et excitabilité électrique des muscles) décrit par Cavaré en 1853, les relations entre la paralysie et la réduction du taux du potassium sérique sont certaines. Le potassium n'est d'ailleurs pas le seul corps susceptible de guérir la paralysie périodique ; les esters de la choline donnent le même résultat.

Le chlorate de potassium a été employé avec succès par Ch. Contat dans le traitement, et même pour la prophylaxie de la *poliomyélite antérieure aiguë*. Benson et Bloom ont également conseillé l'usage des sels de potassium dans le *rhume des foies*, l'*urticaire*, l'*eczéma*, l'*asthme chronique*, les *sinusites chroniques*, la *migraine*.

Les indications des sels de potassium sont donc plus étendues qu'on ne le pense généralement. Les altérations du métabolisme du potassium semblent jouer un rôle dans les troubles endocriniens. On peut penser que les troubles allergiques dépendent essentiellement d'un dysfonctionnement endocrinien avec troubles secondaires dans le métabolisme du potassium. L'introduction des protéines dans l'organisme ne donnerait donc d'accidents que chez les sujets dont le métabolisme du potassium est altéré.

René CHARPENTIER.

Applications thérapeutiques récentes de l'hyperthermie générale provoquée par moyens physiques (physiopyrexie), par le Professeur A. BESSEMANS (de Gaud) (Service médical d'hyperthermie expérimentale et thérapeutique à la « Josiah Macy J. Foundation »). *La Médecine Internationale illustrée*, avril 1939.

Dans cette conférence, donnée aux « Journées Médicales de Bruxelles », le 18 avril 1938, M. A. Bessemans décrit les principales méthodes physiopyrexiques actuellement utilisées en thérapeutique humaine, méthodes qui relèvent de trois facteurs : l'air chaud humidifié (hypertherm), les rayons caloriques (infra-rouge, chaleur obscure), les courants électriques alternatifs. On utilise les courants électriques alternatifs de haute et de très haute fréquence. A la *physiopyrexie diathermique* aux ondes longues, naguère employée, on préfère actuellement la *diaprexie aux ondes courtes et ultracourtes*, dite électrique simple, ou l'*inductopyrexie* (inductotherm) qui est une diaprexie aux ondes (courtes) *électro-magnétiques*. M. A. Bessemans estime que « pyrexie » doit demeurer synonyme d'« hyperthermie générale », réservant le mot « diathermie » à toute méthode d'hyperthermie dont la chaleur est vraiment « pénétrante ».

Les principales indications thérapeutiques de la physiopyrexie sont la neurosyphilis, la syphilis primaire et secondaire, le tabès, la sclérose en

plaques, la gonococcie, les méningococcies chroniques, la chorée, l'asthme essentiel, les symptômes douloureux radiculaires et névralgiques, et même la pneumonie et certaines affections vasculaires périphériques. L'encéphalite épidémique et la poliomyélite antérieure aiguë pourraient également bénéficier de ce traitement.

Le mécanisme de son action thérapeutique est complexe : action directe sur l'agent microbien, action indirecte par stimulation des défenses normales du terrain, intensification des réactions physiopathologiques biochimiques.

Dans le traitement de la *neurosyphilis*, la physiohyperthermie tend à remplacer la thérapeutique infectieuse et notamment la malarithérapie. Ses avantages sont : qu'elle est toujours disponible ; quelle permet de régler à volonté la fréquence, la durée et le degré de la chaleur provoquée ; qu'elle s'accommoderait parfaitement de l'utilisation simultanée de n'importe quelle chimiothérapie ; quelle n'introduit pas un second agent pathogène dans l'organisme ; que, moins dangereuse, elle offre un bilan pour le moins aussi favorable. D'après une statistique établie par Neymann, la mortalité dans la malarithérapie oscille entre 10 et 30 0/0 ; celle de la physiohyperthermie, par contre, se réduit de plus en plus avec les progrès de la technique : elle serait à l'heure actuelle insignifiante. Les améliorations et les guérisons cliniques se chiffrent respectivement, dans la paralysie générale : par 21 et 22 0/0 pour la malarithérapie, par 27 et 36 0/0 pour la pyrexie physique. D'ailleurs, la maladie de Bayle et les autres formes de neurosyphilis cèdent encore mieux au traitement physiohyperthermique et chimiothérapique combiné.

Son application, ajoute M. A. Bessemans, nécessite de sérieuses précautions. Ses contre-indications sont : la gangrène, les affections graves du cœur ou des reins, l'artériosclérose avancée, la tuberculose pulmonaire, le diabète. Elle exige des soins minutieux, un service hospitalier, un personnel infirmier spécialisé, et un contrôle médical permanent. Tout comme la malarithérapie, elle compte des cas de mort, à son passif, dont il n'est pas toujours possible de prétendre que ce furent des accidents fortuits. Bien que des milliers de malades aient subi jusqu'à présent des dizaines de milliers de séances, sans qu'un inconvénient sérieux, imputable au procédé, se soit produit, la physiohyperthermie n'est pas destinée à la pratique journalière. Il serait téméraire de la préconiser sans en montrer les risques, en particulier dans les affections légères et dans toutes celles susceptibles d'une autre thérapeutique.

René CHARPENTIER.

VARIETÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances

La Société Médico-psychologique ne tiendra au mois de JUILLET qu'une seule séance exclusivement réservée à des présentations. Cette séance aura lieu le *jeudi 13 juillet 1939*, à 9 heures 30 *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'Amphithéâtre du Pavillon Magnan.

Conformément à l'article 3 du Règlement, la Société Médico-psychologique ne tiendra pas séance pendant le mois d'août ni pendant le mois de SEPTEMBRE.

La *séance ordinaire* du mois d'OCTOBRE de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 23 octobre 1931*, à 4 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

Prix de la Société Médico-psychologique

Le *legs Christian* (1.000 francs), pour 1938, a été attribué par le Bureau à M. le D^r STORA.

HOPITAUX PSYCHIATRIQUES

Nécrologie

M. le D^r ARMEL DUCOS, ancien Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique de Château-Picon, à Bordeaux (Gironde), Chevalier de la Légion d'Honneur ;

Mme le D^r PIQUEMAL-LÉVÊQUE, Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique de Braqueville, à Toulousé (Haute-Garonne).

Nominations

M. le D^r BARDENAT, Médecin-Chef des Hôpitaux psychiatriques, est mis à la disposition du Gouverneur général de l'Algérie ;

M. le D^r SUTTER, Médecin-Chef des Hôpitaux psychiatriques, est mis à la disposition du Gouverneur général de l'Algérie ;

M. le D^r LÉCULIER est nommé Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique de Fleury-les-Aubrais (Loiret) ;

M. le D^r HEDOUIN est nommé Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique du Mans (Sarthe) ;

Mme le D^r MATHEY est nommée Médecin-Chef à l'Asile privé faisant fonction d'Hôpital psychiatrique public de Plouguernevel (Côtes-du-Nord).

M. VANDERHOVE est nommé Directeur administratif de l'Hôpital psychiatrique de Maréville (Meurthe-et-Moselle).

Postes vacants

Est déclaré vacant :

un poste de Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique de Maréville (Meurthe-et-Moselle) ;

un poste de Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique de Braqueville (Haute-Garonne) ;

un poste de Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique de Lorquin (Moselle).

Concours pour 15 postes de Médecin-Chef des Hôpitaux psychiatriques

Ce concours a eu lieu au Ministère de la Santé publique à partir du lundi 5 juin 1939. 27 candidats ont été inscrits.

COMPOSITION DU JURY

Président : M. le D^r DEQUIDT, Inspecteur général des Services administratifs.

Membres titulaires : M. le Professeur POROT ; MM. les D^{rs} PRIVAT DE FORTUNIÉ, LASALLE, Mlle le D^r MOREL, Mlle le D^r PÉLISSIER, MM. les D^{rs} SENOËS, MENUAU, DUBLINÉAU, et M. LÉVÊQUE, Chef du 1^{er} Bureau à la Direction de l'Hygiène et de l'Assistance.

M. CHASSAGNOT, Sous-Chef du 1^{er} Bureau à la Direction de l'Hygiène et de l'Assistance, assurait les fonctions de Secrétaire administratif du concours.

QUESTIONS DONNÉES AU CONCOURS

1^o ADMINISTRATION : *Organisation et rémunération du travail des malades dans les Hôpitaux psychiatriques.*

Questions restées dans l'urne : Les divers modes de placement dans les Hôpitaux psychiatriques. — Préparation et exécution du budget dans les Hôpitaux psychiatriques.

2^o ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE DU SYSTÈME NERVEUX : *Sympathique cervical.*

Questions restées dans l'urne : Troisième ventricule. — Voies sensitives centrales.

3° HYGIÈNE ET PATHOLOGIE INTERNE : *Dépistage et prophylaxie de la tuberculose pulmonaire dans les hôpitaux pulmonaires.*

Questions restées dans l'urne : Les hyperazotémies. — Signes et diagnostics des intoxications barbituriques.

4° PATHOLOGIE MENTALE : *Forme clinique et diagnostic des hallucinations de la vue.*

Questions restées dans l'urne : Psychoses puerpérales. — Délire aigu.

A la suite de ce concours ont été proposés pour remplir les fonctions de *Médecin-Chef des Hôpitaux psychiatriques* :

1. M. BOUVET, 2. M. QUÉRON, 3. M. GUYOT, 4. M. UBERSCHLAG, 5. M. RALLU, 6. M. BERTHIER, 7. M. BERTHON, 8. M. CARRIER, 9. DORÉNIÉUX, 10. M. POITROT, 11. M. MATHON, 12. M. CARRÈRE, 13. M. CAPPELLE, 14. M. LECLERC, 15. M. SAUNÉ, 16. M. LETAILLER.

Comité des amis et des élèves du D^r G. de Clérambault

Sous la présidence du D^r B. LOGRE, un Comité formé d'amis et d'élèves du regretté D^r G.-G. DE CLÉRAMBAULT, ancien Médecin-Chef de l'Infirmerie Spéciale de la Préfecture de Police de Paris, où il succéda au Professeur Ernest DUPRÉ, s'est constitué l'an dernier pour réunir et publier les œuvres complètes de cet auteur trop tôt disparu et dont l'enseignement théorique et clinique, si original et si vivant, attira tant de psychiatres dans la petite salle de cours de l'Infirmerie Spéciale.

La seconde réunion de ce Comité a eu lieu le 23 mai 1939. Le D^r Jean FRÉTET, Médecin des Hôpitaux psychiatriques, *Secrétaire général* du Comité, a rendu compte de l'état actuel de la préparation du premier volume des Œuvres de G. DE CLÉRAMBAULT (Publications). Il serait particulièrement reconnaissant de recevoir la référence bibliographique d'un article écrit par G. DE CLÉRAMBAULT sur *l'intoxication par le haschich*.

Prière d'adresser les adhésions et tous renseignements au *Secrétaire général* : D^r Jean FRÉTET, Médecin-Chef de la Colonie Familiale de Dun-sur-Auron (Cher).

Construction d'un hôpital psychiatrique dans le département de la Vienne

Au cours de la première session ordinaire de 1939, le Conseil Général du département de la Vienne, sur le rapport du D^r Cousin, vice-président du Conseil Général, a décidé la construction d'un hôpital psychiatrique départemental de 600 à 700 lits. La dépense prévue est de 25.600.000 francs.

Cet asile sera construit à La Mileterie, commune de Mignaloux-Beauvoir, à 10 kilomètres de Poitiers environ, sur un ensemble de terrains d'une superficie de 91 hectares.

Les travaux, prévus en quatre années, commenceront prochainement.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Journées neuro-psychiatriques pan-américaines

Sous la présidence honoraire du Prof. AVENDANO, la présidence effective du Prof. Honorio DELGADO et le secrétariat du Prof. Oscar TRELLES, les *Journées Neuro-Psychiatriques pan-américaines* ont eu lieu à Lima, sous les auspices de l'Etat et de la Faculté de Médecine, avec le concours de la plupart des nations américaines, qui ont envoyé des délégations.

Les thèmes officiels à discuter ont été les suivants : 1° *Fondement biologique de l'incapacité civile chez les malades mentaux* ; 2° *Variabilité cyto-architecturale de l'écorce cérébrale du lobe frontal humain* ; 3° *Anatomie, psychologie, psychothérapie, neuro-chirurgie et thérapeutique de la douleur* ; 4° *L'hypocondrie (symptômes, psycho-analyse) en médecine infantile et en médecine légale* ; 5° *Schizophrénie, sa portée médico-sociale et son traitement* ; 6° *Assistance sociale des malades mentaux : l'asile-colonie d'aliénés Larco Herrera à Lima* ; 7° *Déontologie dans la pratique de l'Assurance sociale*.

D'autres travaux de neuro-psychiatrie et de médecine légale ont été présentés. Des conférences ont eu lieu à la Faculté, à l'Académie de Médecine, à la Société Daniel Carrion et dans d'autres sociétés scientifiques.

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

Etablissement d'un « Carnet de santé »

ARTICLE PREMIER. — Il est institué sous le nom de « Carnet de santé » du Ministère de la Santé publique un livre sur lequel pourront être inscrits tous les renseignements d'ordre médical, relatifs à la santé de l'individu.

ART. 2. — Les titulaires ou parents du titulaire du dit carnet, sont invités à le présenter à leur médecin traitant, chaque fois qu'ils recourent à ses services, et à lui demander de bien vouloir le remplir.

ART. 3. — Le carnet de santé constitue un document strictement personnel, dont nul ne peut exiger la communication.

ART. 4. — Les municipalités sont invitées à délivrer un carnet de santé aux parents de chaque enfant, dès la naissance de celui-ci, ainsi qu'à toute personne qui en fera la demande.

ART. 5. — Les établissements hospitaliers et les organismes d'hygiène, publics et privés, subventionnés à titre facultatif par le Ministère de la Santé publique, sont invités à utiliser ledit carnet de santé, et à en remettre un exemplaire à toute personne qui fréquente leurs services et qui en serait dépourvue.

ART. 6. — Les carnets de santé, ainsi distribués, devront être conformes au modèle officiel adopté par le Ministre de la Santé publique.

ART. 7. — Le conseiller d'Etat, directeur de l'hygiène et de l'assistance, est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 2 mai 1939.

Mare RUCART.

(Journal Officiel, 2 juin 1939).

Comité Européen d'Hygiène mentale

Lors de l'Assemblée générale, tenue le 4 juin 1939 à Lugano, ont été élus pour faire partie du Bureau du Comité Européen d'Hygiène mentale :

Président : M. le Professeur Aug. LEY (de Bruxelles).

Vice-présidents : M. le Prof. BOUMAN (d'Amsterdam), M. le Dr René CHARPENTIER (de Paris), M. le Prof. MEDEA (de Milan), Mlle le Dr D. OBLUM (de Londres), M. le Dr ROEMER (d'Illenau).

Secrétaire-Trésorier : M. le Dr H. BERSOT (de Neuchâtel).

Lors de l'Assemblée générale tenue à Lugano, le 4 juin 1939, à l'occasion de la VI^e Réunion Européenne d'Hygiène Mentale, les statuts suivants ont été adoptés pour le Comité Européen d'Hygiène Mentale.

STATUTS DU COMITÉ EUROPÉEN D'HYGIÈNE MENTALE

ARTICLE PREMIER. — Le Comité Européen d'Hygiène Mentale a pour but, en liaison avec le Comité International d'Hygiène Mentale, de coordonner et d'encourager l'action des diverses organisations européennes qui s'occupent d'Hygiène Mentale.

ART. 2. — Chaque nation pourra être représentée à ce Comité Européen par 3 délégués.

ART. 3. — Sont considérées comme organisations faisant partie du Comité Européen, et habilitées à y désigner des délégués, les ligues et comités nationaux d'hygiène mentale ou sociétés scientifiques psychiatriques qui se sont fait officiellement représenter à l'une au moins des 6 premières Réunions Européennes. Toute nouvelle adhésion sera soumise à l'acceptation du Bureau.

ART. 4. — Ce Bureau, composé d'un président, de cinq vice-présidents et d'un secrétaire-trésorier, est élu dans son sein par le Comité, pour trois ans, et à la majorité des suffrages exprimés.

ART. 5. — Le Comité convoque, dans la règle, une fois par an une Réunion Européenne d'Hygiène Mentale. Il tient à cette occasion son Assemblée générale.

ART. 6. — Lors de l'Assemblée générale, et sur la proposition du Bureau, le Comité fixe le siège, la date et le programme scientifique des Réunions. Il désigne le Comité local chargé de les organiser.

ART. 7. — Un règlement des Réunions Européennes sera établi par les soins du Comité.

Comité de la Fédération latine des Sociétés d'Eugénique

Le Comité de la Fédération latine d'eugénique a été constitué comme il suit :

Présidents d'honneur : MM. le docteur E. APERT et le professeur C. GINI ;

Président : M. le professeur C.-I. PARHON ;

Vice-présidents : MM. les professeurs A. GEMELLI et R. TURPIN ;

Secrétaire général : M. le professeur G.-K. CONSTANTINESCO.

La date précise du Congrès a été fixée du 25 au 30 septembre 1939. Il se tiendra à Bucarest.

La cotisation pour les membres des Sociétés d'eugénique fédérées est réduite à 250 lei. La même taxe réduite sera payée par les personnes qui accompagneront les congressistes.

Fondation pour l'avancement dans la recherche de l'encéphalite à l'Université de Berne

La Fondation a pour but de récompenser par un prix les travaux sur l'encéphalite léthargique qui contribuent d'une façon importante aux progrès de son diagnostic et de sa thérapeutique.

Le prix est d'au moins 1.000 francs suisses. Les concurrents doivent s'adresser au Doyen de la Faculté de Médecine de Berne. La Faculté, à la fin de chaque année, se prononce sur l'attribution du prix.

ASSISTANCE

Conseil Supérieur de l'Assistance publique

M. le D^r G. DEMAY, Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique de Maison-Blanche, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise), est nommé *Membre du Conseil Supérieur de l'Assistance publique*.

Organisation d'un Service d'Assistance psychiatrique en Afrique Occidentale Française

Un nouvel effort vient d'être tenté en Afrique Occidentale Française dans le domaine de l'Assistance médicale. Il vise l'assistance aux aliénés, problème qui n'avait pu être résolu jusqu'à présent que d'une façon insuffisante et provisoire.

Dans le courant de l'année dernière, après une mise au point complète de la question par l'Inspection Générale des Services Sanitaires et Médicaux, un arrêté du Gouverneur Général, n° 2123, SSM en date du 28 juin 1938, a jeté les bases d'un service d'Assistance psychiatrique.

Cette organisation s'inspire en même temps des conceptions actuelles de l'Assistance psychiatrique dans la Métropole et les conditions spéciales inhérentes au milieu colonial.

Comme en Europe, la notion d'asile est abandonnée et remplacée par celle d'hôpital psychiatrique. L'aliéné est non seulement un sujet dangereux pour autrui ou pour lui-même, et qu'il faut à ce titre contenir et surveiller, mais il est aussi un malade qu'il faut assister et soigner. Et, à cette fin, les dispositions différentes ont été envisagées pour le traitement de psychopathes aigus qui peuvent être admis dans les formations sanitaires ordinaires, et de psychopathes chroniques, qui ressortissent, eux, des établissements spécialisés.

Aux colonies particulièrement, l'Assistance psychiatrique s'adresse à des individus très différents les uns des autres, et il était nécessaire de prévoir des modalités d'hospitalisation variées. On se trouve en présence, d'une part, d'Européens, dont les plus nombreux séjournent temporairement en A.O.F. à côté d'autres, en plus petit nombre, qui s'y sont définitivement fixés ; d'autre part, d'autochtones citoyens français originaires et indigènes, très dissemblables les uns des autres suivant leur race et leur colonie d'ori-

gine. Eu plus de l'élément civil, on a affaire à l'élément militaire, européen et indigène, et pour ce dernier, non seulement aux tirailleurs qui font leur service sur le territoire, mais encore à ceux qui, servant en France ou en Afrique du Nord, sont susceptibles d'être rapatriés dans leur pays d'origine pour des maladies mentales.

La présence d'Européens en A.O.F. et de tirailleurs sénégalais dans la Métropole crée fatalement un double courant de malades entre la France et notre grande possession d'Afrique. Ainsi se trouve pleinement justifiée la création d'un hôpital psychiatrique important, dont la mission sera précisément de s'occuper de cette catégorie de malades et de servir d'intermédiaire entre la Métropole et les diverses colonies du groupe.

Mais il ne saurait être question, en aucun cas, de le faire subvenir en même temps à tous les besoins de la Fédération dans ce domaine, et de songer à l'évacuation des aliénés de l'intérieur vers ce centre hospitalier. De même qu'il n'est pas douteux que le dépaysement est, plus particulièrement pour les indigènes, une cause favorisant dans le développement des maladies mentales, de même il est certain que le succès des méthodes psychothérapiques et de la rééducation des aliénés implique leur maintien ou, suivant le cas, leur retour dans leur milieu originel. C'est là, en effet, qu'ils trouveront les meilleures conditions pour l'évolution favorable de leur psychopathie, en rencontrant une compréhension aussi parfaite que possible de leur mentalité chez le médecin, qui connaît la psychologie spéciale des races peuplant la région où il exerce, et chez le personnel infirmier qui se trouvera être composé d'indigènes de même race, ayant les mêmes coutumes, parlant le même dialecte. Et ainsi apparaît également la nécessité de centres psychiatriques locaux, de moindre importance évidemment que l'organisme fédéral.

Les considérations précédentes ont toutes été envisagées et solutionnées dans la conception actuelle. Le résumé de grandes lignes de l'arrêté que nous mentionnons plus haut donnera une idée exacte de l'organisation projetée.

Le Service d'Assistance psychiatrique est un service à deux échelons : un échelon local et un échelon fédéral.

A l'échelon local, les psychopathes aigus sont traités dans les formations sanitaires des colonies du groupe, hôpitaux européens ou indigènes, pourvus à cet effet de moyens de contention appropriés.

Les malades guéris, ou aptes à reprendre la vie sociale, sortent de ces formations dans les mêmes conditions que les autres.

Les malades non améliorés après quelques semaines sont considérés comme des psychopathes chroniques. Dans ces conditions, ils sont évacués sur des formations spéciales, annexées aux grands hôpitaux des colonies de la Fédération, dites : « quartiers psychiatriques ». Ces derniers sont des formations, rattachées médicalement et administrativement à l'hôpital d'un centre, mais situées dans la zone suburbaine de celui-ci, à quelques kilomètres de l'établissement, dont elles dépendent, pour qu'en aucun cas les malades, qui y sont traités, ne puissent troubler le calme de la population.

Elles fonctionnent, sous la direction du même médecin, avec un personnel infirmier indigène spécial. Elles comportent, à l'intérieur d'un mur d'enceinte, des locaux d'isolement, quelques cellules individuelles, quelques salles communes avec mêmes distinctions entre Européens, originaires et indigènes que dans l'hôpital de rattachement ; une salle de douches, les

dépendances nécessaires et un logement d'infirmier de garde. En dehors de l'enceinte, se trouvent les logements du personnel, une salle de traitement, de pharmacie et des terrains de culture, où seront admis à travailler les malades jugés suffisamment calmes.

Les Européens et les citoyens français originaires ne seront gardés dans ces quartiers psychiatriques qu'un minimum de temps, soit jusqu'à leur guérison, soit, si celle-ci tarde à se produire, jusqu'à leur évacuation sur l'hôpital psychiatrique de la Fédération.

Les indigènes, au contraire, y seront gardés tout le temps nécessaire, jusqu'à guérison complète ou jusqu'à ce que leur rééducation les ait rendus aptes à reprendre la vie sociale.

Au moment où ils quittent cette formation, ils sont mis en liberté complète, s'ils sont guéris, ou en surveillance dans leur village d'origine, sous la garde du chef de village ou de leur famille, s'ils sont susceptibles de troubler l'ordre public ou si la possibilité d'une rechute est à envisager.

La surveillance de ces indigènes est contrôlée périodiquement au cours des tournées administratives et médicales. Leur réintégration pourra être demandée, si elle devient nécessaire.

Les indigènes qui, à la suite de leurs déplacements, seront hospitalisés dans les quartiers psychiatriques d'une colonie autre que leur colonie d'origine, et dont le traitement paraît devoir être de longue durée, pourront être évacués sur le quartier psychiatrique de leur colonie d'origine, dès que leur état le permettra.

Cette conception offre surtout comme avantages d'assurer aux aliénés des soins éclairés et efficaces, sans supplément de personnel médical, de les mettre dans une atmosphère calme favorable à leur amélioration. Elle place tout particulièrement les indigènes dans leur ambiance normale, et elle envisage leur réadaptation à leurs occupations habituelles, par la culture des champs, dont les récoltes pourront d'ailleurs fournir une part de la nourriture de ces malades.

A l'échelon fédéral, se trouve une formation beaucoup plus importante, capable de compléter l'action des organismes locaux et d'assurer la liaison entre la Fédération et la Métropole. Cette formation est l'hôpital psychiatrique. Pour faciliter les évacuations, son emplacement a été fixé à Thiès, ville qui se trouve au point de jonction des deux principales voies ferrées et qui, par ailleurs, est reliée par route et par chemin de fer au grand port de Dakar. Cet hôpital est particulièrement adapté au traitement des malades mentaux. Il fonctionne avec un personnel médical et infirmier spécialisés. Il doit comprendre, comme bâtiments, des services généraux, des logements pour le personnel, des locaux d'hospitalisation et de réadaptation, et il sera entouré également de vastes terrains de culture.

Comme il est actuellement impossible d'évaluer, même approximativement, l'effectif des malades que ce centre hospitalier est appelé à recevoir, il faut voir grand et envisager la possibilité d'en augmenter l'importance par la construction, au fur et à mesure des besoins, de nouveaux pavillons d'hospitalisation et de contention.

L'hôpital psychiatrique fédéral a des missions multiples. Il est chargé d'hospitaliser et de traiter les Européens civils et militaires séjournant temporairement en A.O.F., atteints de psychopathies aiguës ou chroniques, jusqu'à guérison ou jusqu'à ce que leur évacuation sur l'Europe devienne possible. Il est chargé aussi d'hospitaliser et de traiter dans les mêmes

conditions les Européens définitivement fixés dans la colonie et les citoyens français originaires et, éventuellement, de les rééduquer. En outre, il recevra les indigènes aliénés civils ou militaires évacués de France ou d'Afrique du Nord en vue de leur traitement, de leur réadaptation et de leur évacuation ultérieure sur le quartier psychiatrique de leur colonie d'origine. Pour les tirailleurs en instance de réforme, en particulier, il assurera le passage de la position militaire à la position civile et se chargera de leur réadaptation en vue de leur évacuation sur leur colonie d'origine.

Ainsi conçu, ce service à deux échelons paraît capable d'assurer, d'une façon convenable, le fonctionnement de l'Assistance psychiatrique en Afrique Occidentale Française.

Cette nouvelle organisation, rendue officielle, est déjà entrée dans la voie des réalisations pratiques. L'emplacement de l'hôpital psychiatrique de Thiès a été définitivement arrêté et les travaux de construction ont été commencés, à la fin de l'année dernière, sur une première tranche de crédit d'un million, prévue au budget de 1938.

Une circulaire du Gouverneur Général aux Gouverneurs des Colonies du groupe, en date du 31 août 1938, insiste sur l'urgence que présente la création des quartiers psychiatriques rattachés aux grands hôpitaux des Colonies et prévoit que ces constructions devront être achevées dans le courant du premier semestre 1939.

Par la possibilité d'extension aussi bien des formations locales que de l'établissement fédéral, il semble que l'A.O.F. soit enfin dotée d'une organisation durable.

SECTION TECHNIQUE DE L'INSPECTION GÉNÉRALE
DU SERVICE DE SANTÉ DES COLONIES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. le Professeur EUZIÈRE, Doyen de la Faculté de Médecine de Montpellier, est élu *membre correspondant national de l'Académie de Médecine*.

Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.

Imprimé par Imp. A. COUESLANT (personnel intéressé)
à Cahors (France). — 58.638

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

PÉDAGOGIE GÉNÉRALE

Les changements de clavier

PAR

PAUL CHAVIGNY

La pédagogie accomplit ses progrès sur la base de l'observation. Toujours il faut se méfier d'édifier des théories pédagogiques à partir de conceptions *a priori*.

L'étude d'une particularité très simple, empruntée au domaine de la dactylographie, conduit à des rapprochements avec des faits similaires en des disciplines assez différentes. Ces rapprochements paraissent comporter certaines conclusions d'ordre pédagogique pratique.

Une telle étude ouvre même quelques aperçus sur certaines modalités du fonctionnement psychique de l'individu.

*
**

Le point de départ de cette étude est un fait d'observation emprunté, comme il vient d'être dit, à la technique de la dactylographie.

Naturellement, il est préférable, au point de vue rendement professionnel, que chaque dactylographe travaille uniquement

avec une machine d'un type déterminé, celle sur laquelle elle a appris, celle dont elle possède très complètement le maniement.

Mais, en pratique, il arrive assez souvent que telle dactylographe soit employée, le matin ou quelques heures dans la journée, sur une machine d'un type déterminé, puis que, à un autre moment de la journée, continuant à s'occuper dans un autre bureau, chez un autre particulier, elle y trouve une machine qui n'est plus de la même marque.

Il existe, il est vrai, un clavier dit universel, qui est adopté par la presque totalité des fabricants de machines à écrire ; mais ce clavier n'est universel que pour la répartition des principales lettres de l'alphabet entre les touches. La disposition des signes accessoires est extrêmement variable d'un type de machine à un autre. Ce seront, par exemple, les chiffres qui, sur une machine, sont montés sur le même plan que les minuscules, tandis que, sur une autre machine, ils s'inscrivent sur le plan des majuscules. De même encore, le point est, tantôt monté sur le jeu des majuscules, tantôt sur le jeu des minuscules. Parfois, la parenthèse d'ouverture est sur la touche voisine de celle qui porte la parenthèse de fermeture. Dans d'autres cas, ces deux formes de parenthèse sont largement distantes l'une de l'autre. En bien des cas, selon la marque de la machine, la place de la lettre « à » (a avec accent circonflexe) se trouve, ainsi que la lettre « â » ou la lettre « é », en des points très divers du clavier. Même, dans certaines machines de fabrication étrangère, les signes *à* et *é* n'existent pas et ils doivent être combinés par le moyen de frappe de deux touches différentes.

Même variabilité en ce qui concerne la plupart des divers signes de ponctuation, des signes algébriques, etc., du tiret, du tréma.

D'ailleurs, même dans le cas du clavier universel, certaines lettres peuvent occuper des places assez différentes. Tel est le cas pour les lettres *a*, *q*, *m*, *y* et *z*.

Heureusement, ce qui pourrait sembler, à première vue, créer une difficulté presque insurmontable d'apprentissage, se résout au contraire d'une façon relativement simple en pratique. Selon les hasards des places qu'elle occupe successivement, une même dactylographe se met assez rapidement au courant de la machine nouvelle avec laquelle elle est appelée à travailler par la suite. Les habitudes de frappe contractées sur l'ancienne machine sont rapidement remplacées par la technique du nouveau clavier.

Mais le cas le plus curieux, et en même temps le plus typique, est celui de la dactylographe qui, de façon habituelle, travaille chaque jour sur deux ou plusieurs machines différentes.

On peut dire que, aussitôt assise devant l'une ou l'autre de ces machines, elle n'a, présent devant les yeux, que le jeu de cette machine. Le souvenir des autres machines et de leur jeu spécial disparaît momentanément de sa mémoire.

Il y a là quelque chose d'absolument pareil à ce qui se produit pour un musicien qui sait jouer de plusieurs instruments de musique (flûte, hautbois et clarinette, par exemple, ou bien violon et alto, ou violon et violoncelle). Le musicien qui change ainsi d'instrument, et par conséquent de clavier, n'a aucune hésitation quand il passe d'un instrument à l'autre. Les techniques différentes ne se superposent pas, ne se confrontent pas, ne se trouvent même pas en concurrence l'une avec l'autre. Chaque fois, l'image de l'instrument dont on se sert efface complètement tout ce qui a rapport aux autres instruments.



Pour comprendre comment une telle substitution peut se produire, il est nécessaire de se rappeler, tout au moins sommairement, la façon dont on apprend le clavier de la machine à écrire (1).

Contrairement à ce qu'on pourrait s'imaginer, la mémoire d'un clavier déterminé de machine à écrire n'est nullement *une mémoire visuelle*. Ce n'est pas parce qu'on aura appris par cœur la disposition du clavier, la place de chaque lettre ou signe, que l'on sait se servir de la machine. Bien des personnes qui ont une très bonne mémoire visuelle sauront, en quelques heures ou quelques jours, la place exacte de chaque touche. Cela ne veut nullement dire qu'elles sont déjà de bonnes dactylographes, ni même qu'elles arriveront par la suite à être des dactylographes expertes, rapides et exactes à la fois. Cette mémoire visuelle du clavier n'est pas une qualité suffisante ; mais, qui plus est, c'est une notion qui cesse très vite d'être nécessaire, ni même utile. Il est très fréquent de rencontrer d'excellentes dactylographes, susceptibles de fournir un travail très rapide sur le clavier et qui sont cependant parfaitement

(1) Voir CHAVIGNY. — La mémoire des dactylographes. *Strasbourg Médical*, 25 juillet 1936.

incapables de reconstituer de mémoire le clavier qui leur est si familier. Elles l'ont probablement su lorsqu'elles en faisaient leur apprentissage, puis, peu à peu, l'ont oublié à mesure qu'elles devenaient plus sûres de leur travail, et plus rapides.

Exception faite pour certains visuels impénitents, cette ignorance de la répartition des signes sur le clavier est même si fréquente que c'est presque la règle.

Bien entendu, et tout au contraire, c'est une notion rigoureusement indispensable à l'aveugle qui se sert de la machine à écrire.



On est amené à se rendre compte que la mémoire du clavier est, de façon générale, *une mémoire du mouvement*, l'acquisition d'un automatisme moteur.

La mémoire du clavier de la machine se décompose en deux éléments différents :

1) Frapper la touche qui convient pour produire la lettre ou le signe cherché (notion de l'emplacement dans l'espace).

2) Acquérir le mouvement de « *lacet* » représentant l'ordre de succession des frappes d'un même mot, sorte de tracé multi-angulaire dans l'espace, et qui se joue, se trace sur le clavier.

Ce qui représente la véritable mémoire du clavier, la mémoire vraie, exacte, persistante, et surtout utile, c'est cette mémoire du « *lacet* », c'est-à-dire du tracé, dans le plan du clavier, de la série de mouvements nécessaires pour frapper un mot. C'est ce qu'on pourrait appeler « *l'itinéraire du mot* ».

La notion de ce lacet, de cet itinéraire, se perçoit très bien quand on regarde un apprenti dactylographe qui trace tout un mot en frappant les lettres successives de ce mot avec un seul doigt d'une seule main. Le lacet devient un peu moins apparent, moins facile à suivre quand on frappe un mot en utilisant tous les doigts des deux mains. Il n'en existe cependant pas moins. Chacun adopte un lacet invariable de répartition entre les deux mains, de la frappe des lettres qui constituent un même mot.

En dactylographie, la répartition de la tâche est si parfaitement distribuée entre les deux mains, que le travail est effectué comme si on se servait d'une seule main qui serait munie de dix doigts.

La raison pour laquelle l'apprentissage du clavier de la machine à écrire est si long, c'est parce qu'il ne suffit pas

d'apprendre la place des 32, 42 ou 45 touches que comporte le clavier. Il faut, et c'est l'élément capital de cet apprentissage, se mettre dans la mémoire, dans la mémoire du mouvement, le chemin par lequel on va de l'une de ces touches à une autre touche, également quelconque.

Dans le travail déjà cité sur la « Mémoire des dactylographes », il avait été rappelé que, en langage mathématique, il existe une distinction entre les « *arrangements* » et les « *combinaisons* ». Ainsi, pour un clavier de 44 touches, le nombre des « *arrangements* » est de 1.892 (44×43), représentant tous les trajets possibles, *aller et retour compris*, entre toutes les touches du clavier. Les *combinaisons* ne sont que de moitié du nombre des *arrangements*, c'est-à-dire de 946 seulement, car elles ne comprennent que le *simple aller* d'une touche quelconque aux autres, sans comporter le retour.

En dactylographie, les mouvements de retour, ceux du trajet de la deuxième touche à la première, se présentent avec la même fréquence que celui de l'aller, d'où la nécessité de s'habituer également aux deux tracés, aux deux mouvements.

Un tableau donnant un aperçu du nombre des « *arrangements* » et du nombre des « *combinaisons* » possibles sur une même machine à écrire, risque d'être un objet de stupéfaction pour quiconque le parcourt sans jamais en avoir eu notion.

Clavier de :	Nombre des « <i>arrangements</i> » (<i>aller et retour</i>)	Nombre des « <i>combinaisons</i> » (<i>aller simple</i>)
	—	—
32 touches	992	496
42 touches	1.722	861
44 touches	1.892	946
45 touches	1.981	990
63 touches	3.906	1.953
92 touches	8.372	4.186

En réfléchissant d'ailleurs à ce qui en est de l'accoutumance vraie au clavier, il semble que l'apprentissage ne doive guère être plus court quand on se sert d'une machine à clavier restreint. Tout au plus, dans ce cas, bénéficie-t-on de ce que le lacet d'un même mot, en majuscules, se superpose au lacet des minuscules.

En réalité, l'apprenti dactylographe se familiarise d'abord peu à peu avec les divers *arrangements* possibles sur le clavier

de sa machine. Mais il n'arrive à être réellement un bon exécutant qu'après avoir appris le lacet de la plupart des mots usuels, tout au moins le lacet de toutes les syllabes d'un emploi courant.

C'est bien, en effet, le lacet du mot qu'il faut avoir « *dans les doigts* ». Un fait banal en dactylographie le prouve à l'évidence et montre qu'il ne suffit nullement de connaître la place des touches : Voici, en effet, qu'il va falloir taper un mot inusité, mot scientifique, dénomination géographique, ou nom propre. Chacun sait avec quelle lenteur on écrit alors ces sortes de mots, cherchant sur le clavier la place, une à une, de chacune des lettres qui les composent. On redevient écolier, non pas qu'on ignore la place des touches à utiliser, mais parce qu'on n'a aucune idée de la forme du lacet de ce mot imprévu, inusité. Si, d'ailleurs, le texte comporte que ce même mot difficile revienne un certain nombre de fois, rapidement, on se familiarise avec son lacet, et au bout de trois ou quatre pages sur le même sujet, on l'écrit tout aussi vite qu'un autre mot quelconque. A partir de ce moment, il reste acquis ; on le retrouve définitivement assimilé par la suite, même à plusieurs jours ou à plusieurs semaines d'échéance.

Au nombre des arrangements, sur la machine à écrire, on voit s'ajouter les gestes des mouvements généraux du maniement de l'appareil : Association en temps opportun du jeu de la pédale des majuscules, du réglage d'espacement des lignes, du ou des margeurs, du passage à la ligne suivante, et tous autres détails indéfiniment variables, d'un type de machine à un autre.

*
**

Nous en revenons maintenant à la question spéciale du changement de clavier, en machine à écrire.

Les différences dans le nombre des touches, le mode de répartition des lettres et surtout des signes sur les diverses touches, comportent par conséquent que la dactylographe apprenne, sur chacune des machines dont elle se sert, le lacet de chaque mot dans ce qu'on peut appeler le « *style* » de chacune de ces machines.

Tantôt le lacet sera le même, tantôt, au contraire, il sera plus ou moins différent, d'une machine à l'autre.

Considérons le cas d'une dactylographe déjà très experte dans le maniement d'une machine à écrire déterminée. Les circonstances l'obligent à changer de machine. On pourrait s'imaginer qu'elle va s'ingénier à rechercher quelles sont toutes

les particularités spéciales à la nouvelle machine qu'elle va aborder.

Il n'en est rien.

D'instinct, et c'est d'ailleurs ainsi qu'elle avait fait son apprentissage initial sur la première machine, elle va conduire son apprentissage de la machine nouvelle tout exactement comme si elle était une novice en dactylographie. Elle se place devant sa machine, la fait fonctionner, se heurtant à chaque instant à toutes les particularités nouvelles, cherchant alors quelle est leur solution pratique, faisant le geste adapté à tous mouvements, à toutes frappes encore nouvelles.

C'est, encore une fois, et tout exactement comme précédemment, un apprentissage du mouvement. Mais c'est un apprentissage *direct* du mouvement, et nullement un apprentissage par *comparaison*. Quand elle effectue une frappe nouvelle, encore inaccoutumée, elle ne cherche nullement à se représenter, à se rappeler quelle était la frappe précédente, sur l'autre machine. Toute évocation de cette sorte doit être tenue comme interdite, tout au moins comme complètement inutile, même nuisible, car elle embrouillerait le nouvel apprentissage.

Rien, en ces matières, ne s'apprend donc, encore une fois, que par la méthode directe.

Par contre, s'il existe des portions communes, des *lacets*, qui, en totalité ou en partie, soient les mêmes que sur la machine précédente, la dactylographe en bénéficie. Pendant les premiers temps, la frappe sera donc d'un rythme très irrégulier, rapide sur les lacets qui demeurent sans changement, retardée, hésitante, sur les portions de lacet qui sont nouvelles.

Puis, peu à peu, cela s'égale, et la vitesse devient uniforme. C'est en cela que, lors du deuxième apprentissage, la dactylographe bénéficie de ce qu'elle savait auparavant. L'apprentissage de la première machine à écrire avait exigé plusieurs mois. Sur la deuxième machine, il suffira de quelques jours, tout au plus de quelques semaines.

Parfois, quand le débit sur la deuxième machine sera devenu rapide, il se produira de temps en temps une faute de frappe, par une sorte de réviviscence d'un mécanisme, d'un lacet ancien. Par exemple, pour quelques mots, ou même pour la longueur de toute une page, on substituera entre elles deux lettres qui ont permuté de place, du premier au second clavier.

C'est une sorte de réapparition intermittente d'une intoxication par un ancien souvenir, par un ancien automatisme, qui revient s'insérer dans le mécanisme n° 2.

Le point sur lequel il convient d'insister, de propos délibéré, car il est vraiment fondamental, c'est qu'à aucun moment, il n'y a eu un apprentissage par le mécanisme de la *comparaison*, de la confrontation.

C'est une tout autre méthode qui intervient : le deuxième apprentissage se fait une place dans notre intelligence, dans notre mémoire ou dans notre *subconscient*, en se plaçant à côté du premier apprentissage, ne comportant en réalité aucun rapport, aucun point de contact avec le précédent.

C'est un classement parallèle.

A partir de cette donnée, on peut à volonté jouer, selon les circonstances de l'un ou de l'autre de ces automatismes, de l'un ou de l'autre de ces mouvements, sur l'un des claviers.

Quand les deux mécanismes auront été pleinement acquis, lorsqu'ils seront aussi parfaitement sûrs l'un que l'autre, un esprit curieux pourra se permettre de procéder à une sorte de revue générale des différences qui existent entre eux. C'est un exercice de *grammaire comparée*. Mais, il serait très préjudiciable, très dangereux de s'y livrer trop tôt, avant que l'automatisme complet ne soit aussi parfaitement acquis pour le clavier n° 2 que pour le clavier n° 1.

Il reste alors à se demander comment peut se faire, à volonté « l'évocation », la mise en fonction de la frappe sur le clavier n° 1 ou celle de la frappe sur le clavier n° 2. Il apparaît que cette sorte de passage, de substitution, est absolument automatique, quasi involontaire, survenant à point nommé dès qu'on se trouve en position devant « l'instrument dont on va jouer ». Il n'y a pas là un véritable acte cérébral ; ce n'est pas un acte volontaire. C'est l'automatisme qui joue, commandé très vraisemblablement par de menus détails, par la vue de la machine, par certains accessoires de construction de celle-ci, par le local même où on s'en sert, etc., etc.

Dans le même cerveau cohabitent deux acquisitions très similaires qui y siègent sans se gêner mutuellement. Ce sont deux automatismes parallèles classés sous le contrôle à peine indiqué de notre volonté et de notre attention, celles-ci n'intervenant guère que de façon exceptionnelle et assez indistincte.



Ces diverses remarques sur les changements de clavier en dactylographie conduisent assez naturellement à des considérations très pareilles à propos de nombreux instruments dont l'industrie actuelle nous amène à faire usage :

Il y a, tout d'abord, les innombrables machines à clavier, telles que les linotypes et tous autres appareils similaires. Les ouvriers spécialisés, lorsqu'ils changent d'usine, d'emploi ou de machine, sont conduits, eux aussi, à faire un apprentissage n° 2 qui est absolument comparable à celui auquel il vient d'être fait allusion pour les dactylographes ; les principes en sont absolument les mêmes.

Mais il n'y a pas que les machines à clavier qui relèvent de telles observations, de telles remarques, et d'un mécanisme cérébral tout semblable. Toutes les machines qui nécessitent, dans les mouvements, un jeu de combinaisons plus ou moins rapides, en sont exactement au même point. Même, pour divers de ces appareils, il y aura association de mouvements de jambes avec ceux des mains.

Dans la vie industrielle actuelle, où l'ouvrier est, en règle générale, le serviteur en même temps que le conducteur d'une machine, l'apprentissage simultané successif de plusieurs types de machines de même catégorie est devenu une des lois de l'existence ouvrière. La machine tend, il est vrai, à simplifier, d'une façon générale, le travail de l'ouvrier en supplant celui-ci dans toutes les manipulations délicates, difficiles ou fatigantes, mais cela n'empêche pas que l'ouvrier doit être très exactement assoupli à la manœuvre de tous les leviers de commande.

Il n'est pas superflu, dans la pratique de l'industrie, de connaître les lois de cet apprentissage.

Parmi les cas qu'on en peut citer, se trouvent aussi bien les mécaniciens de chemin de fer, l'aiguilleur dans la cabine d'un poste important, le mécanicien d'un pont roulant, ou l'employé qui, dans une administration ou une usine importante, est préposé au standard.

Mais il est un cas qui, de plus en plus, est du domaine public et auquel nombre d'individus peuvent s'intéresser. C'est celui du jeu musculaire intervenant dans la conduite d'une automobile.

Il faut un certain temps pour faire un apprentissage complet d'automobiliste ; une pratique déjà quelque peu longue est nécessaire pour en arriver à un automatisme qui joue instantanément, soit sous l'action de la volonté, soit, aussi bien, sous forme d'un réflexe à peu près instantané, très bien coordonné, au moment où un imprévu surgit, où un accident pourrait se produire.

Là encore, une substitution peut avoir à être réalisée, au moment où, pour une raison quelconque, on est appelé à conduire une autre machine. Ce sera une automobile plus

perfectionné, d'acquisition plus récente ; ou bien, les conditions du travail imposent que, dans une même journée, ou que, par périodes, on conduit des machines très différentes, tantôt un camion, tantôt une voiture de tourisme. Ce sera encore le cas pendant la période où, la voiture habituelle étant en réparation, il vous est fourni temporairement une voiture de remplacement, une voiture en location, etc... Les commandes, les diverses poignées, ne sont plus à la même place, n'ont plus la même forme. Les positions relatives des changements de vitesse ne sont plus les mêmes. Il faut cependant arriver à en prendre rapidement l'habitude pour être aussi maître de la voiture n° 2 qu'on l'était de la voiture n° 1. On doit également prendre l'habitude du tonnage de la voiture ainsi que de la sensibilité du frein.

Les garagistes sont les spécialistes des changements de voiture.

En ces questions, encore, certains individus excellent par leur aptitude à conduire indifféremment des voitures de mécanisme très varié passant à volonté d'un clavier n° 1 à un clavier n° 2.

D'autres personnes, ayant eu déjà beaucoup de peine à apprendre la façon de conduire sur une machine déterminée, seront plus ou moins complètement incapables à devenir bivalentes ou multivalentes.



En mécanique industrielle ou autre, bien entendu, il s'agit ici de tous les instruments ou appareils à mouvements rapides et à combinaisons multiples, l'emploi d'un théodolite, de tous les appareils de minutie, de lenteur, de haute précision, ne comporte guère d'apprentissage de telle sorte.



Nous en arrivons maintenant à une catégorie de considérations qui, à première vue, peuvent paraître s'écarter beaucoup de celles qui ont été précédemment exposées.

Cependant, à leur égard, il s'agit en somme d'un mode tout pareil de fonctionnement cérébral :

Ce sont les multiples combinaisons qui, *en musique*, résultent, soit de la *transposition musicale*, soit de la *pratique alternative de plusieurs instruments de musique* par un même individu.

En ce qui concerne la transposition musicale, il faut établir

une distinction fondamentale entre la *transposition écrite* et la *transposition à vue*.

La *transposition écrite* est une sorte de devoir d'écolier, un exercice qu'on a tout le loisir d'accomplir en réfléchissant chaque fois à la note qu'on va inscrire, transposer, modifier, etc...

Il en est tout autrement de la *transposition à vue*, celle qu'au théâtre ou dans un concert, un chef d'orchestre impose à ses musiciens quand l'un des chanteurs, pour une raison quelconque, est dans l'incapacité d'émettre assez sûrement les notes les plus élevées ou les plus basses du morceau.

Dans ces conditions, chaque exécutant doit instantanément faire la *transposition* demandée.

Cette opération comporte trois actes différents :

La première opération consiste dans un *remplacement fictif de la clef*, inscrite en tête du morceau, par une clef proportionnée, cette nouvelle clef étant choisie de façon à placer l'ensemble du morceau un ou deux tons plus bas ou plus haut.

Le changement de clef comporte forcément une modification correspondante et proportionnée « *de l'armature* » en dièses ou en bémols.

Une troisième opération, plus délicate encore que les précédentes, consiste à prévoir ou à exécuter, au fur et à mesure, la façon dont se transposeront les *modifications, altérations accidentelles, modulations en un autre ton*, lesquelles se rencontrent en cours de route.

Des musiciens d'orchestre, quand ils ont reçu l'enseignement voulu et qu'ils ont pratiqué souvent de telles modifications, arrivent à les faire au commandement, instantanément, sans aucune peine, et même presque automatiquement. C'est quand il est devenu automatique qu'un tel changement est le plus parfaitement correct.

Naturellement, cela a demandé une longue préparation qui fait partie des programmes des classes supérieures d'un Conservatoire de musique.

On peut traduire toutes ces opérations en disant, en une formule résumée, qu'il s'agit encore d'un « *changement de clavier* », changement imaginaire, supposé, mais changement parfaitement réel.

Il existe d'ailleurs certains instruments qui sont « *transpositeurs automatiques* », tels que le sont, par exemple, certains pianos dont le clavier peut, à volonté, se déplacer d'un ou plusieurs intervalles par rapport aux cordes, dans un sens ou dans l'autre.

En musique, encore, on rencontre une autre catégorie de « *changement de clavier* ». C'est celui auquel sont astreints les musiciens qui connaissent plusieurs instruments de musique et en jouent à volonté.

Il vaut mieux se contenter d'une allusion très discrète aux « *clowns musicaux* » dont c'est la spécialité et qui sont parfois de véritables virtuoses de tels changements. Mais il est des instrumentistes autrement sérieux qui sont astreints à jouer de plusieurs instruments pour pouvoir satisfaire et répondre à toutes les nécessités survenant dans un petit orchestre ou en clientèle ; le même musicien, par exemple, ou le chef d'orchestre qui forme ses musiciens, sauront jouer de toute une série d'instruments variés.

Parmi les instruments de musique, il y a des sortes de familles d'instruments. Ce seront d'abord les instruments à hanche et, en premier lieu, les instruments à hanche simple, tels que la clarinette ou le saxophone, puis viennent les instruments à hanche double, tel que le hautbois ou le basson, enfin les appareils à embouchure, tels que la flûte, d'une part, la trompette et ses dérivés, d'autre part. Il y aura encore les instruments de cuivre, tels que le cor en fa, le trombone en ut, le trombone à coulisse, le trombone à piston. Ce sont les grandes catégories, mais il peut se trouver qu'un instrument, d'une embouchure très différente, se rapproche, par son doigté, de tel instrument complètement autre. C'est ainsi par exemple que la flûte, par son doigté, se rapproche assez sensiblement de celui du hautbois.

Puis, dans une même série, des instruments très voisins et de doigtés similaires, peuvent cependant différer par leur tonalité. C'est ce qui en est de la petite flûte qui est en ré bémol, tandis que la grande flûte est en ut.

Enfin, dans les instruments à corde, il existe des différences initiales extrêmement marquées, puisque, par exemple, le violon, l'alto et le violoncelle ne sont pas accordés de la même façon pour les cordes à vide.

Au milieu de toutes ces différences, certains musiciens bien doués se jouent de la difficulté qui consiste à passer d'un instrument à l'autre. Sans même qu'ils aient à faire un effort quelconque d'adaptation, ils passent instantanément du doigté de leur instrument habituel à tel autre dont ils se trouvent dans la nécessité de jouer. Ajoutez à cela, alors, qu'ils font toutes les transpositions nécessaires dans la lecture de la partition qu'ils ont sous les yeux.

Là encore, il s'agit bien d'une série de « *changements de clavier* ». Toutes les considérations dont il a été précédemment question, aussi bien au point de vue apprentissage qu'au point de vue de l'évocation de tel ou tel mécanisme, se trouvent absolument de situation.

Les changements de clavier chez les polyglottes

Parler à volonté plusieurs langues différentes, c'est, là encore, « *changer de clavier* ».

Il n'apparaît pas que la question de l'étude intime de ce changement spécial de clavier ait été, jusqu'ici, encore parfaitement élucidée.

Les Professeurs de langues étrangères sont, tout au moins en ce qui concerne ce point particulier, d'une discrétion extrême. En tout cas, jamais ils n'abordent ces questions devant leurs élèves. Ils imposent à ceux-ci la méthode dont ils sont partisans, soit méthode classique, soit méthode directe. L'élève n'a qu'à s'assimiler leurs leçons sans être jamais invité à connaître la mécanique cérébrale de cette gymnastique à laquelle il est convié ou astreint.

Soupçonnant, d'après les études préalablement faites, et prenant comme point de départ ce que les changements de clavier des dactylographes avaient fourni, il apparaît que l'emploi d'une langue étrangère doit très fort se rapprocher du « *jeu des claviers* ».

Bien trop volontiers, nombre de personnes, orientées en cela par le souvenir de leurs études classiques, s'imaginent qu'on parle une langue étrangère par le procédé de la *traduction*.

Quelques individus opèrent ainsi, en pratique.

L'observation vient vite démontrer qu'ils s'expriment, en langue étrangère, de la façon la plus pitoyable.

En vue de me documenter sur ces questions, je me suis renseigné auprès d'un interprète que je considère comme l'un des mieux doués qui existent. Interprète au Tribunal pour l'allemand et le français, il est capable de lire et de dire, de façon absolument courante, en allemand, par exemple, et réciproquement, un texte écrit en français et qu'il parcourt des yeux. Jamais, si difficile que soit le texte à traduire, il n'a, ni une hésitation, ni une seconde de retard. Ses traductions de l'allemand en français et du français en allemand sont si exactes que, il y a quelques années, pendant tout le cours du procès

des Séparatistes, à Colmar, aucune faute de traduction, aucune inexactitude, même légère, n'ont été relevées à aucun moment par les personnes qui prenaient part à cette affaire et qui, presque toutes, savaient aussi bien l'allemand que le français.

Ce même interprète est capable de traduire, également à vue d'œil, avec la même rapidité, avec la même sûreté, les dépositions ou les écrits en tous les divers dialectes alsaciens locaux ; on sait combien ceux-ci sont nombreux, variant presque d'un village au village voisin.

Interrogé alors sur la façon dont il avait appris tous ces différents langages et sur la façon dont il les évoquait à volonté, il pouvait fournir des renseignements extrêmement précis. Le français étant sa langue fondamentale, familiale, il avait appris l'allemand par la pratique, par la conversation. Lorsqu'il l'avait très exactement possédé de cette façon, il en avait perfectionné la connaissance par des études de type classique. Mais il insistait très particulièrement sur ce fait que jamais, à aucun moment, il n'avait opéré selon la méthode comparative, de la version, de la traduction habituelle, de type traditionnel. Toujours il opère par substitution, par changement de clavier. Instantanément, à mesure que c'est nécessaire, il pense directement dans la langue dans laquelle il doit s'exprimer. Cette substitution se produit, encore exactement de la même façon, lorsqu'il s'agit de l'un de ces dialectes qu'il doit parler avec l'un quelconque des témoins ou inculpés dont il a à enregistrer les déclarations.

C'était par la méthode directe, en les parlant, qu'il avait appris tous les dialectes alsaciens.

D'ailleurs, d'autres personnes interrogées à ce même point de vue ont confirmé que, sachant plusieurs langues, elles fonctionnent en chacune de ces langues, en parfaite indépendance, pensant directement dans la langue dont le texte est sous leurs yeux, ou dans laquelle elles ont à s'entretenir avec un interlocuteur.

En somme, c'est toujours la même notion qui se rencontre : Aucune confrontation, aucune traduction d'une langue dans l'autre, mais deux mécanismes parallèles qui, à volonté, se substituent l'un à l'autre. On ne possède réellement une langue étrangère qu'au moment où, s'exprimant dans cette langue, on pense directement en cette langue.

Tout est automatique dans le changement de clavier linguistique. Voici une minuscule tragédie familiale qui est bien démonstrative à cet égard : Un jeune enfant de trois ans parle le français avec ses parents et l'allemand avec la bonne d'enfant.

Il joue dans la chambre, et, au cours d'une cabriolet, se heurte fortement la tête contre un meuble. Aussitôt, il vient pleurer en français auprès de son père qui travaillait à une table dans la chambre. Son père, très occupé, se détourne en répondant : « Je n'ai pas le temps ! » L'enfant aussitôt se retourne vers sa bonne et continue à hurler en allemand. Le clavier avait changé ; aucune confusion d'ailleurs n'était possible, puisque, d'un côté et de l'autre, il y avait eu apprentissage par méthode directe.

On rencontre parfois des individus qui s'imaginent savoir une langue étrangère parce qu'ils en connaissent partiellement le vocabulaire, même la grammaire, et qu'ils sont capables de traduire à peu près couramment dans la langue étrangère ce qu'ils viennent de penser dans leur langue maternelle. Le langage qui résulte de ce système est aussi incorrect que possible, souvent presque incompréhensible.

Je me souviens d'avoir rencontré un exemple bien curieux de ces traductions littérales d'une langue dans l'autre. Un médecin avec lequel j'avais occasion de voir une malade, pratiquait dans une région de langue allemande, dans laquelle certains habitants en étaient demeurés à la tradition de la langue française. Ce médecin avait eu l'obligeance de me prévenir qu'en raison des particularités linguistiques de ce pays, il était également capable de s'entretenir avec ses malades en allemand, en français, en italien et même dans le dialecte bas-allemand local.

À la malade, dame fort convenable, très prude, et d'un langage châtié, il dit, comme prise de contact : « Madame, montrez-nous vos guiboles. » Le reste de l'entretien fut émaillé de nombre de termes tout aussi imprévus. Un instant après, dans le jardin où nous causions de notre consultation, le confrère débute en me disant : « En somme, elle a mal aux rognons. » Mais, aussitôt après, pour bien me montrer que, ayant pris des leçons de français auprès de son cocher, il avait également étudié le français classique, distingué, en classe, il me déclarait : « Vraiment, aujourd'hui, la température est amphibologique. »

De même encore, dans une traduction mot à mot, on risque d'employer certains mots qui, dans la langue à laquelle on les emprunte, n'ont aucunement le sens qu'on leur attribue. C'est ainsi, par exemple, qu'on voit traduire en français par le mot « *collégalement* » ce qui devait être dit « *amiablement* ». Ce mot collégalement veut probablement dire : En collègue.

Tous les idiotismes spéciaux à une langue prennent figure de rébus incompréhensibles quand on les traduit en mot à mot.

Rien n'est plus grotesque ou plus déplacé que de traduire en mot à mot, dans une lettre, les formules de politesse empruntées à une autre langue.

Traduit par le mot allemand correspondant, la formule initiale d'une lettre française : « Monsieur », est de la plus parfaite grossièreté.

Les quelques cas cités ici démontrent à l'évidence la nécessité d'apprendre une langue étrangère par la méthode directe, en choisissant judicieusement d'ailleurs, bien entendu, la personne auprès de laquelle on s'instruit et dont forcément on s'assimile toutes les tournures de langage, jusqu'aux plus infimes détails et aussi avec l'accent, soit du nord, soit du midi, etc...

De telles remarques conduisent à admettre que, dans l'étude des langues, c'est la méthode directe qui est assurément productive. La méthode dite littéraire, celle des thèmes et des versions, ne sert guère probablement qu'à créer des difficultés artificielles en l'esprit des enfants, des étudiants.

Surtout, *le thème*, translation de la langue familiale dans une langue à étudier, est un moyen très sûr de se fixer irrévocablement dans l'esprit toutes les erreurs de grammaire, toutes les fautes de style qu'on a écrites par ignorance. Il y a là, comme méthode scolaire, quelque chose de tout analogue à ce qui en est de la méthode de la « dictée apprise » (système Payot), en comparaison avec la méthode ancienne de la dictée déréglée, non préparée.

La version, par contre, est un exercice autrement profitable, surtout quand il s'agit d'un texte ancien dont il faut créer une transposition juste, en une langue moderne. En version, on ne risque de se mettre dans la mémoire que des expressions justes, même dans le cas où l'on fait un contre-sens de traduction.

Jamais peut-être je n'ai trouvé si belle occasion d'apprécier ce qui en était d'une langue apprise selon la méthode classique, qu'en lisant, vers 1920, des manuscrits de thèse préparés par des étudiants en médecine qui, à Strasbourg, avaient fait leurs études classiques et leurs études médicales en allemand. Ceux-là traduisaient en effet l'allemand qu'ils avaient pensé en des mots français dont ils constituaient la mosaïque. C'était le plus souvent ahurissant, parfois incompréhensible ou même tout à fait risible. Les quiproquos et les contre-sens se succédaient sans interruption.

Il en était d'ailleurs exactement de même du plan du travail, plan qui était aussi illimité que mal défini. Exactement comme en allemand, les phrases se déroulaient sans arrêt, sans inter-

ruption quelconque pendant une page ou une page et demie, passant, tout à fait au hasard, au travers d'idées qui n'avaient aucun lien entre elles.

*
**

Cette série de remarques variées et parcellaires a pu paraître constituée par des hors-d'œuvres en ce qui concerne l'étude et la pratique des langues étrangères, finit par rentrer très exactement dans le cadre général de la présente étude.

Parler une ou plusieurs langues étrangères, c'est avoir acquis, avoir garni un ou plusieurs tiroirs dans lesquels la pensée trouve le matériel nécessaire pour s'énoncer, pour s'habiller.

Passer d'une langue étrangère à une autre, ou de sa langue maternelle à une langue étrangère, c'est, encore une fois, *changer de clavier*.

Ces claviers ne fonctionnent bien que s'ils sont entièrement distincts les uns des autres. On les acquiert parallèlement et non pas par un mécanisme de la comparaison.

Il semble bien que de telles données doivent régir tout aussi bien l'enseignement d'une langue étrangère que son emploi.

*
**

Poursuivant la même sorte d'analyse, on peut, à propos du transfert d'une langue dans une autre, ajouter qu'il ne suffit même pas de parler avec la plus grande pureté une langue étrangère pour risquer de passer inaperçu dans le pays où se parle cette langue.

Voyageant à l'étranger, il importe de s'assimiler exactement ces mille petits riens qui contre-signent l'indigence d'un pays quelconque. Quels sont donc ces « *petits riens* » ?

Ce sera, par exemple, la question du choix d'un costume. Certaines teintes du drap avec lequel on se fait confectionner un complet suffisent à indiquer de quel pays on est originaire.

N'en est-il pas de même de la position du nœud de ruban d'un chapeau de feutre ? Placé en arrière, il est, sans aucun doute, d'une autre nationalité que s'il est situé sur le côté.

De même encore, si le possesseur du susdit chapeau l'orne, soit d'une fleur, soit d'une plume, il aura immédiatement intuition, selon le pays dont il est originaire, de placer cet ornement en arrière ou, au contraire, sur le côté.

N'en est-il pas encore de même quand, dans la rue, on voit

deux dames marcher rigoureusement, et surtout vigoureusement au pas, ou quand l'une d'elles se met à siffler ?

Même chose exactement quand, dans un restaurant ou au cours d'un repas, même d'apparat, on voit l'un des convives se servir de la pointe de son couteau (main droite) pour monter sur le dos de sa fourchette (main gauche) un édifice des aliments qu'il va porter à sa bouche.

Quand on veut passer inaperçu, ne faut-il pas encore faire minutieusement attention à la façon de saluer ? Le salut correct anglais ne correspond en rien au salut obséquieux allemand et pas plus d'ailleurs à un salut aimable d'un Français.

Nous ne parlons même pas du salut du poing levé ou du bras tendu.

On risque encore d'être catalogué par nationalité, et de la façon la plus certaine, quand on se mouche en appliquant les deux mains allongées sur les côtés du nez.

Dans une page d'écriture, on sera « *trahi* » par la façon dont on écrira 2,50 m. au lieu de 2 m. 50.

Peut-être serait-on tenté de sourire à l'évocation de tant de puérités ? C'est cependant, si l'on veut bien y songer, le complément obligé de l'apprentissage d'une langue étrangère lorsqu'il s'agira de voyager au loin avec le désir de ne pas révéler sa nationalité première.

C'est tout un autre automatisme à ajouter à celui de la langue. Pour bien faire, il est nécessaire que l'automatisme du langage surgisse en même temps que l'automatisme du geste, au moment précis où l'on franchit la frontière.

Ces détails peuvent avoir parfois beaucoup plus d'importance qu'on ne le croirait :

L'un des rares voyageurs européens qui ait pu faire le voyage de La Mecque parlait à la perfection l'arabe qu'il avait appris en Algérie, dès son jeune âge. Le guide très sûr qui avait accepté de le faire parvenir jusqu'à La Mecque dut lui déclarer un jour que sa nationalité serait immédiatement reconnue : « *parce qu'il ne savait pas manger* ». En effet, à table, il mangeait comme un Européen et non pas comme un Musulman, comme un Arabe. Peut-être même négligeait-il de r... congrûment comme il convient de le faire après un bon repas. Il lui fût donc nécessaire d'apprendre très soigneusement la façon de manger à la mode arabe. Bien qu'il ne l'ait pas révélé dans les mémoires sur son voyage, il est très vraisemblable qu'il s'est trouvé également dans la nécessité d'apprendre à se moucher avec ses doigts.

Donc, bien réellement, dans nos menues habitudes (dans ce qui traduit notre origine, notre nationalité), il y a lieu de savoir opérer à l'occasion un « *changement de clavier* ».

Il ne faut d'ailleurs pas s'illusionner, c'est un changement qui ne s'assimile que par une observation très affinée, et il faut tout d'abord prêter à tout cela l'attention la plus soutenue jusqu'au jour où l'automatisme arrive à être acquis.

*
**

Bref aperçu *psychologique* sur cette question du « *changement de clavier* ».

Conformément à la formule de Gustave Le Bon, le mécanisme fondamental de toute éducation est de faire passer nos acquisitions dans notre subconscient.

La série des acquisitions, des apprentissages divers auxquels il a été fait allusion dans ce travail, ne nécessite pas un emploi, à proprement parler, des fonctions cérébrales. Ce ne sont pas des acquisitions qui mettent notre intellect en position de travail ; elles ne sont guère objet de réflexion.

Il s'agit au contraire et uniquement de l'acquisition de *moyens* de travail. Ce sont des acquisitions dans l'ordre secondaire, dans la catégorie de l'automatisme, dans celle du subconscient.

Dans ces régions encore mal connues de notre psychisme, ce qui nous importe surtout, et presque uniquement de savoir, c'est le mode d'acquisition, de façon à diriger leur apprentissage de la façon la plus efficace, la plus économique à la fois de notre temps et de notre peine.

Il apparaît bien que tous ces « *tiroirs* » à remplir le sont par le mécanisme de l'apprentissage direct, avec le minimum possible de mise en éveil du psychisme conscient.

C'est à ce titre par exemple que, pour apprendre la dactylographie, c'est perdre son temps que de s'astreindre à « *réciter* » le clavier. L'unique but, c'est que les doigts se familiarisent avec les positions des touches et les trouvent « *automatiquement* ».

A l'émission, inutile encore, préjudiciable même de se livrer à des combinaisons psychiques difficiles, ni à un acte prémédité de la volonté.

Il faut, au contraire, que cette évocation même se fasse automatiquement. La réflexion y est inutile, probablement même nuisible.

Dans l'évocation, dans la mise en jeu d'une activité automatique, notre psychisme et notre volonté, s'ils interviennent, ne

doivent avoir qu'un but, celui d'éliminer simplement toutes les causes perturbatrices.

Psychologiquement parlant, il est beaucoup moins dangereux de monter dans l'automobile d'un chauffeur professionnel que de se faire conduire par un membre de l'Académie des Sciences.

Cette formule est à peine humoristique.



Tous les cas particuliers qui viennent d'être passés en revue ainsi aboutissent très naturellement à un même enseignement didactique dont on peut faire son profit en de multiples circonstances, aussi bien comme professeur que comme élève. Professeur, il faut en retenir qu'on peut enseigner à un même élève toute une série de notions qui peuvent être juxtaposées les unes aux autres, sans cependant risquer en rien qu'elles se nuisent entre elles par leur mélange, mais il faut alors savoir que précisément il faut les enseigner par la méthode directe, parallèle, et ne jamais chercher, sous prétexte d'une sorte de philosophie transcendente, à en faire la « *grammaire comparée* ». La grammaire comparée ne peut et ne doit intervenir qu'à titre de curiosité terminale. En cours de route, elle risquerait d'être le point de départ de toutes les confusions les plus fâcheuses.

Cette même question des changements de clavier peut avoir aussi des applications d'ordre social, et dans le domaine le plus strictement professionnel. En l'époque actuelle, où la question des chômeurs se présente presque à tous, dans sa complexité redoutable, il est bon de se dire qu'on peut employer tel ou tel spécialiste en une autre spécialité voisine moyennant un stage, ou apprentissage, qui peut être de très courte durée. Volontiers, patrons, comme chômeurs, s'imagineraient qu'il faut borner son choix très rigoureusement en chaque spécialité. Au contraire, les vues générales exposées ci-dessus conduisent à penser qu'un spécialiste peut, selon les besoins, changer de clavier et devenir promptement un ouvrier utilisable.

Enfin, il est une question de psychologie supérieure des affaires qui peut prêter à quelques considérations de même ordre :

Savoir changer de clavier est une nécessité pour les individus qui occupent de grosses situations de Direction. C'est une sorte de gymnastique intellectuelle à laquelle ils doivent être rompus. Ils doivent pouvoir passer, à volonté, presque sans effort, d'une

question à une autre. C'est, par exemple, le cas lorsqu'ils reçoivent successivement les divers chefs de service qui leur sont subordonnés. Chacun de ceux-ci vient leur soumettre une question particulière, qui exige des vues appropriées à ce « *compartiment* » des affaires. L'esprit du chef, du directeur, doit immédiatement pouvoir se placer dans le cadre du service particulier envisagé. Cela n'empêche d'ailleurs pas d'apercevoir les répercussions générales sur l'ensemble des nécessités de la maison, de l'usine. Mais il faut avoir l'esprit assez souple pour changer de clavier lorsque, quelques minutes plus tard, c'est le tour de telle ou telle autre question qui vient à se présenter. Il y a là un assouplissement très spécial de l'esprit. Ajoutons à cela que, suivant les personnes avec lesquelles on s'entretient, il est en quelque sorte nécessaire souvent de changer de langage, de leur parler à chacune la langue qui leur convient, de s'adapter au territoire de conceptions spéciales ou générales auxquelles chacun d'eux est accessible.

Conclusions

Cette revue, dont l'itinéraire s'est fait au travers de questions très diverses et qui auraient pu sembler entièrement étrangères les unes aux autres, comporte cependant une véritable unité de doctrine :

Unité de doctrine aboutissant à des conclusions très similaires d'ordre pédagogique et également d'ordre psychologique.

D'une spécialité à la suivante, ces notions se rapprochent très étroitement entre elles. Toutes relèvent d'un même fait, celui qui a été désigné sous le nom de « *changement de clavier* », dénomination faisant image, aussi bien que possible.

D'une catégorie d'opérations manuelles ou intellectuelles, on passe à volonté à une catégorie similaire, toute voisine, par ce mécanisme du changement de clavier. Toujours, dans le fond des choses, il y a eu une éducation du « *mouvement* ».

En pédagogie, il apparaît que toutes ces acquisitions parcelaires doivent pénétrer dans l'esprit de l'enfant, de l'élève, par le système de la méthode directe et nullement par celle de la comparaison.

Qu'il s'agisse de langues étrangères, du jeu des différents instruments de musique ou de toute autre chose, il ne faut jamais orienter le cerveau vers la méthode comparative. Celle-ci est détestable comme méthode d'apprentissage. Elle est d'ail-

leurs tout aussi déplorable comme méthode d'utilisation. L'élève doit recourir directement à la notion dont il est appelé à se servir, sans chercher à faire d'incursions comparatives au travers des domaines voisins.

Par exemple, dès qu'il sait quelques mots d'une langue, il doit s'efforcer de les utiliser *directement*, de les énoncer (méthode du mouvement), de les appliquer à des faits concrets, à ce qui l'entoure, forçant son cerveau à penser réellement la langue des mots qu'il connaît.

D'ailleurs, peu importe le mécanisme psychique intime de telles acquisitions. Il semble qu'on soit encore assez pauvrement documenté à ce sujet ; mais nous en savons pourtant assez pour orienter, en ces matières, aussi bien les méthodes pédagogiques que les méthodes d'évocation, d'utilisation.

La notion du changement de clavier a une réelle importance en pédagogie générale. On aurait pu, en effet, s'imaginer que des notions parallèles, extrêmement voisines, introduites dans un même cerveau risquaient de se gêner, de se compromettre mutuellement. La pratique montre qu'il n'en est rien. Donc il est possible de préparer un individu qui soit également apte à plusieurs spécialisations du même groupe. On crée chez lui une *polyvalence parallèle*. Nulle crainte à avoir que ces diverses acquisitions ne se nuisent les unes aux autres ; leur domaine, leurs cases, demeurent parfaitement isolées, distinctes.

Empruntant encore une fois comparaison à une science déjà quelque peu éloignée, on peut dire que, dans les faits dont nous venons de nous occuper, la grammaire comparée n'est que curiosité de savant, ne répondant à rien de réel, à rien de pratique, capable même d'entraver les progrès.

En somme, sur cette notion des « *changements de clavier* », il apparaît qu'on peut édifier, non pas tant des théories pédagogiques que des procédés pratiques d'enseignement technique, ce qui a une toute autre valeur réelle.

Même cela s'élève jusqu'à des questions générales d'organisation du cerveau et de la vie, jusque dans les situations les plus importantes, les plus difficiles.

A PROPOS DE LA LOI DE 1838 ET DE SON PROJET DE REVISION

PAR

G. HEUYER

Les fêtes du centenaire sont terminées. Les feux sont éteints avec l'année passée. Le touchant concert bien accordé qui a été organisé permettait de croire que la loi de 1838 n'a que des qualités, puisqu'aucune voix discordante ne s'est élevée, et n'a troublé le chœur des thuriféraires. Tous les orateurs ont signalé les bienfaits de cette loi tutélaire. Cette bonne vieille centenaire n'a entendu que des louanges.

On pourrait croire que tous les psychiatres français sont d'accord pour ne lui reconnaître que des vertus.

Pourtant, en 1937, s'est tenu à Paris le second Congrès international d'Hygiène Mentale, dont le succès a été indiscutable. On aurait pu penser qu'à l'occasion du centenaire de la loi de 1838, on aurait entendu quelques critiques, inspirées des principes énoncés au cours du Congrès d'Hygiène Mentale.

Malgré l'ingéniosité d'esprit des admirateurs de la loi de 1838, il paraît difficile de concilier ses principes périmés avec ceux de l'hygiène mentale, qui ont été exprimés au Congrès de 1937, dans le rapport du Docteur Repond, sur « les bases scientifiques de l'hygiène mentale ».

Il nous paraît impossible de laisser croire que l'opinion de tous les psychiatres français est favorable au maintien de la loi de 1838.

J'espérais que des voix plus autorisées que la mienne se seraient élevées pour émettre des critiques depuis longtemps formulées, et dont un certain nombre ne nous sont pas personnelles. Mais puisque personne n'a pris la parole pour émettre ces critiques, je tiens à dire que je considère la loi de 1838 comme ne répondant plus aux nécessités de la médecine mentale.

D'abord, la loi de 1838 est centenaire. Ce seul fait est une preuve suffisante qu'elle ne répond pas aux besoins actuels. Il n'y a pas d'exemple qu'une loi datant de cent années puisse convenir aux situations nouvelles que les changements, sinon le progrès, ont rendues inévitables.

Si, pendant longtemps, la psychiatrie ne s'est pas modifiée, depuis quelques années elle a été profondément transformée. La conception des maladies mentales a évolué, et la thérapeutique est entrée dans une voie que l'on peut considérer comme révolutionnaire.

La loi de 1838 a peut-être été un progrès à son époque. On ne saurait assez apprécier les termes employés par de Gasparin, Ministre de l'Intérieur, lors du dépôt du projet de loi, et par Vivien dans son rapport de 1837. L'un et l'autre ont considéré les aliénés comme des malades. Ils ont parlé d'un traitement et de la guérison possible. Ce sont quelques mots du décret du premier et du rapport du second qui ont permis de dire que la loi de 1838 est une « loi médicale ».

Or, la loi de 1838 n'est nullement une loi médicale. Elle est une loi administrative et judiciaire, qui tend à protéger la liberté individuelle du malade. Elle représente pour les aliénés une application de la déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen, dont on recommençait à parler sous la Royauté constitutionnelle de Louis-Philippe, après qu'elle eût été oubliée sous l'Empire, la Restauration, et la royauté de Charles X.

Masson (1) déclare que la loi de 1838 est basée sur la science médicale. En réalité, quand il emploie cette expression, il veut dire que la loi donne aux Médecins un pouvoir redoutable. C'est dans la crainte de cet excès de pouvoir qu'il réclame l'intervention de l'autorité judiciaire.

L'expression de « loi médicale » se retrouve dans les éloges prononcés l'an dernier lors du centenaire de la loi.

L'article 1^{er} de la loi spécifie que chaque département est tenu d'avoir un établissement public spécialisé destiné à recevoir et à « soigner » les aliénés. C'est la seule mention d'une préoccupation médicale que l'on trouve dans la loi de 1838. Tout le reste n'est que précisions administratives et judiciaires.

L'opinion de Portalis exprime bien le caractère essentiel de la loi de 1838 : « Nous ne faisons pas une loi pour la guérison, mais une loi d'administration, de police et de sûreté. »

Telle apparaît la loi de 1838. Sous cette forme sa réalisation a

(1) « La liberté individuelle et les aliénés ». *Thèse de droit*, Paris, 1902.

été parfaite. Il faut admirer sincèrement l'effort des médecins et des législateurs qui ont créé de toutes pièces une loi destinée à la protection de la personne et des biens des aliénés, et à la défense contre les aliénés dangereux.

Dans son travail remarquable sur « l'histoire des projets de révision de la loi du 30 juin 1838 », M. Desruelles rend justement hommage à tous les médecins de l'époque qui inspirèrent la loi, ou qui sont intervenus dans sa discussion. La situation des aliénés était alors si misérable que la loi de 1838 a eu réellement une action de bienfaisance et d'assistance.

Il n'en reste pas moins qu'elle s'applique strictement aux « aliénés », malades devenus des étrangers à la vie sociale normale, et qu'il faut tenir enfermés.

Dans aucun article de la loi — sauf la brève mention que nous avons indiquée dans l'article 1^{er} — on ne trouve une trace d'un souci des soins médicaux, des traitements, des mesures de prévention, des moyens de réadaptation sociale. Tous les articles de la loi ne concernent que les modes de placement, et les mesures de protection de la personne et des biens. Nulle part on ne trouve trace de préoccupations d'ordre médical.

La loi de 1838 est une loi administrative. Elle est fondée sur la seule préoccupation de la protection de la liberté individuelle, par crainte de la séquestration arbitraire. Tous les efforts du législateur ont tendu à rendre impossible le maintien à l'asile d'aliénés d'un malade dont la légitimité du placement serait douteuse, ou chez lequel les modifications de l'état mental rendent abusif le maintien à l'asile. Au point de vue de la protection de la personne, la loi de 1838 réalise le maximum de précautions, qui rendent impossible la séquestration arbitraire.

L'erreur de la plupart des auteurs qui ont proposé une révision de la loi a été de fonder leurs critiques sur la crainte de la séquestration arbitraire ; en proposant la révision de la loi, ils ont ménagé les mesures destinées à empêcher la séquestration arbitraire.

Or, la séquestration arbitraire n'existe pas. D'abord, elle n'existe pas du fait de l'application de la loi de 1838. En d'autres termes, jamais la loi de 1838 n'a rendu possible la séquestration arbitraire. Nous ne reprenons pas les démonstrations qui ont été faites à ce sujet, elles sont inutiles. A quoi bon faire l'éloge de mesures destinées à empêcher ce qui n'existe pas ?

Il est incontestable que, dans son application même, la multiplicité des recoupements, des certificats rédigés par des médecins différents, empêche le maintien abusif d'un sujet qui

n'est pas un aliéné. Il est absurde d'accuser la loi de 1838 de favoriser les séquestrations arbitraires ; du fait même de la loi, elles sont impossibles à l'asile d'aliénés.

Mais il est facile aussi de démontrer que, si les séquestrations arbitraires pouvaient exister en dehors de l'asile d'aliénés, la loi de 1838 ne pourrait pas les empêcher. La loi ne vise pas les maisons de santé libres, dans lesquelles pourraient se produire des séquestrations arbitraires. Il y a dans les maisons de santé libres, des malades mentaux gravement atteints, plus malades même que certains aliénés qui sont dans les hôpitaux psychiatriques soumis au régime de la loi de 1838. Il y a dans les maisons de santé libres des délirants, des déments. Ce sont des malades non dangereux, non protestataires. Il ne peut être question de considérer leur présence dans des maisons de santé libres comme une séquestration arbitraire. Ce sont des malades mentaux soignés à l'hôpital, comme pourrait l'être d'ailleurs un grand nombre de malades internés.

Ce régime de l'hôpital, appliqué à certains malades mentaux, est réservé dans notre pays, comme l'indiquait justement M. Toulouse, aux privilégiés de la fortune.

Les soins donnés dans des maisons de santé libres ou dans certains hôpitaux libres, aux malades mentaux non dangereux, non protestataires, ne constituent pas une séquestration arbitraire.

Un jugement du Tribunal Correctionnel de Nantes, en date du 12 décembre 1938, a condamné à 2.000 francs d'amende un médecin qui a reçu chez lui des aliénés et qui les a tenus enfermés contre leur gré plus ou moins longtemps. Ce jugement vise moins la séquestration arbitraire que l'infraction à la loi de 1838 en ce qui concerne la nécessité de l'autorisation préalable pour l'ouverture d'un établissement privé consacré aux aliénés.

Sans formuler d'avis sur ce jugement, nous pouvons dire seulement que, dans notre longue pratique médicale, nous ne connaissons pas un seul cas de réelle séquestration arbitraire dans une maison de santé libre. Toutefois, à la suite de ce jugement de Nantes, nous croyons devoir mettre en garde les maisons de santé libres, qui conservent des malades mentaux, car le projet actuel de révision de la loi de 1838 va permettre une singulière offensive contre les établissements de traitement des malades en cure libre.

On pourrait épiloguer sur la non-protection des biens des malades mentaux, délirants ou déments, soignés en maisons de santé libres, si ne pouvait jouer, quand il est néces-

saire, l'article 489 du Code Civil en vue de l'interdiction. Toutefois, pour la protection des biens des malades en traitement dans les maisons de santé libres, on peut concevoir des mesures complémentaires dont l'utilité paraît être plus théorique que pratique.

Il n'y a pas de séquestration arbitraire dans les hôpitaux psychiatriques soumis à la loi de 1838. Il n'y a pas davantage de séquestration arbitraire dans les maisons de santé libres, qui ne sont pas soumises à la loi de 1838, et qui sont sous une direction médicale.

Si des faits de séquestration arbitraire ont été démontrés, ils concernent des malades gardés dans leur famille et victimes d'un manque de soins, ou de mauvais traitements, qui ont attiré sur leurs auteurs l'attention des autorités judiciaires.

Pour empêcher cette séquestration arbitraire, ou plutôt les mauvais traitements infligés aux malades dans la famille même, la loi de 1838 n'a aucune efficacité.

Dans toutes les maisons de santé, libres ou fermées, publiques ou privées, dans lesquelles les malades mentaux sont confiés à des médecins, il n'y a pas de séquestration arbitraire. Il ne peut pas y avoir de séquestration arbitraire pour des malades mentaux confiés aux soins d'un médecin, comme il ne peut y avoir de maladies provoquées, ou une prolongation artificielle d'une maladie générale, du fait d'un médecin.

Ce ne sont pas des considérations destinées à faire l'éloge des médecins. C'est la constatation d'un fait qui est indiscutable, puisqu'aucun fait contraire n'a jamais pu être rapporté.

Toutes les critiques faites à la loi de 1838 sont fondées sur la crainte de la séquestration arbitraire ; elles suspectent la conscience et l'honnêteté des médecins qui soignent les malades mentaux. Toutes les mesures prises par la loi de 1838 en vue de la protection de la personne étaient destinées à empêcher la séquestration arbitraire et à ne pas faire dépendre le maintien du malade d'un seul avis médical.

Le résultat de cette méfiance à l'égard du médecin a été la multiplicité des vérifications par des fonctionnaires administratifs ou judiciaires, tous incompetents, énumérés dans l'article 4 de la loi : le Préfet, les personnes déléguées par lui ou par le Ministre de l'Intérieur, le Président du Tribunal, le Procureur de la République, le Juge de Paix, le Maire de la commune, chargés de visiter les établissements publics ou privés consacrés aux aliénés. « Ils recevront les réclamations des personnes qui y seront placées, et prendront, à leur égard, tous renseignements propres à faire connaître leur position. »

D'après le dernier alinéa de l'article 12, le livre de la loi est aussi soumis aux personnes qui, d'après l'article 4, ont le droit de visiter l'établissement. Ces personnes, toutes incompetentes, ont non seulement le droit de visiter l'établissement, mais de poser des questions aux malades, et d'inscrire leurs observations sur le livre de la loi. Elles ont ainsi pratiquement le pouvoir d'apprécier si le placement d'un malade est légitime ou non, et il n'est pas excessif de dire que leur opinion n'a aucune valeur : seul un médecin peut apprécier si le maintien d'un malade à l'asile est ou non légitime ; le Préfet, le Président du Tribunal, le Procureur de la République, le Juge de Paix, le Maire de la Commune, ne sont nullement qualifiés pour donner une appréciation qui reste, somme toute, un diagnostic médical. Ils peuvent seulement vérifier l'application régulière des formalités prescrites par la loi. Le souci de l'intervention de l'autorité publique dans le placement en vue du contrôle exercé sur le médecin s'exprime encore dans le dernier alinéa de l'article 8 et dans les articles 9, 11, 12, 20. Quant aux sanctions et aux peines prévues par la loi dans les articles 30 et 41, avec la menace de l'application de l'article 463 du Code Pénal, elle vise encore la séquestration arbitraire dont les chefs, directeurs ou préposés responsables et les médecins pourraient se rendre coupables.

Il est paradoxal que des médecins aient pu admettre que la loi de 1838 est une loi « médicale » : hors la brève mention de l'article 1^{er}, aucun article de la loi n'indique la nécessité d'un traitement ou de soins médicaux, n'en détermine non plus les conditions, et les possibilités ; en outre, les raisons médicales pour lesquelles le médecin juge nécessaire le maintien à l'hôpital psychiatrique d'un aliéné, sont soumises à l'appréciation, à la critique et au jugement de personnalités incompetentes.

Cette méfiance à l'égard du médecin est fondée sur une erreur de fait : la possibilité d'une séquestration arbitraire, qui dépendrait de la malhonnêteté d'un médecin. Il n'y a jamais eu de séquestrations arbitraires, ni dans les hôpitaux psychiatriques, soumis à la loi de 1838, ni dans les maisons de santé libres, qui ne dépendent pas de la loi de 1838. Encore une fois, il n'y a pas plus de séquestration arbitraire de la part d'un médecin aliéniste, qu'il n'y a de maladies provoquées ou prolongées par un médecin de médecine générale. En tout cas, le coupable serait justiciable du droit commun.

Pourtant les plus solides partisans de la loi de 1838 sont les médecins des hôpitaux psychiatriques. Un grand nombre d'entre eux semble avoir moins de préoccupations médicales que des

soucis de fonctionnaires, qui appliquent une loi dont ils connaissent les rouages, et dont ils acceptent la pérennité, alors que les progrès de la médecine psychiatrique posent des problèmes inconnus il y a un siècle.

Pendant une longue période, la loi de 1838 a pu paraître excellente. Théophile Roussel, dans son rapport de 1884, a déclaré que cette loi était admirée et prise pour modèle à l'étranger. Cette affirmation élogieuse, qui était exacte en 1884, ne l'est plus en 1939. Non seulement, la loi française de 1838 n'est plus admirée à l'étranger, mais quand un Français l'évoque devant un psychiatre étranger, celui-ci admet que la qualité la plus respectable de la loi est sa vieillesse vénérable.

Dans tous les pays où les formules d'hygiène mentale se développent, et réalisent la prophylaxie et le traitement des maladies mentales, l'assistance aux malades mentaux perd de plus en plus son caractère administratif, pour prendre un caractère médical de traitement, et social d'assistance.

On pouvait penser qu'avec le réseau de précautions que tresse la loi du 30 juin 1838 contre la séquestration arbitraire, administrateurs et fonctionnaires chargés d'appliquer la loi seraient satisfaits. Il n'en a pas été ainsi.

Le 14 novembre dernier, la Section d'Hygiène Mentale du Conseil Supérieur d'Hygiène Sociale a été saisie d'une demande d'avis sur un projet portant complément de la loi de 1838. Le texte de la proposition était inconnu de la Section avant la réunion et avant la discussion. Il fallait donner d'urgence un avis pour que la proposition fût soumise le soir même à la Section Permanente du Conseil Supérieur d'Hygiène Mentale.

On aurait pu penser que pour, sinon réformer, du moins compléter cette loi, il eût été opportun d'étudier à tête reposée les textes soumis. Mais c'était dans « le plus court délai » qu'il fallait voter les douze articles qui étaient proposés. Ces douze articles avaient été rédigés par une « Commission officielle » composée de Médecins, Membres de l'Amicale des Asiles, et de fonctionnaires. Cette Commission n'avait eu, en aucune manière, l'intention de modifier la loi de 1838. Le complément sur lequel a délibéré la Section d'Hygiène Mentale ne modifie en rien les principes de la loi.

Nous ne reprendrons pas les diverses propositions qui ont été soumises à la Section d'Hygiène Mentale. Elles ont fait l'objet de la circulaire du Ministre de la Santé Publique du 7 décembre 1938, relative au régime des aliénés, et du projet de loi portant révision de la loi du 30 juin 1938, qui vient d'être voté par la

Chambre et qui est soumis au Sénat. Ayant participé aux travaux de la Section d'Hygiène Mentale et n'ayant pas été sur plusieurs articles en accord avec la majorité de la Commission, c'est sur les termes définitifs de la circulaire d'une part, du projet de loi d'autre part, que nous dirigerons nos critiques.

Notre attitude est dégagée de tout intérêt corporatif ; elle est strictement médicale. Les malades mentaux, comme tous les autres malades, doivent d'abord être soignés.

Nous pensons que l'assistance aux malades mentaux exige, non la révision ou le complément de la loi de 1838, mais une transformation intégrale de la législation, qui règle les rapports entre les malades et les établissements publics destinés à les recevoir. Les législateurs de 1838 n'ont conçu le malade mental que comme un aliéné, qui doit être interné. Dans la législation actuelle, toutes les mesures sont prises pour régler les conditions de l'internement. Aucune n'est prescrite pour faciliter les soins à donner aux malades mentaux. L'internement est une formule administrative, qui ne devrait être employée qu'en cas de nécessité. Tous les efforts doivent être faits pour donner des soins aux malades, dans les conditions de liberté les plus larges. L'autorité administrative ne devrait procéder à l'internement que s'il y a nécessité pour la défense sociale.

Tel est le principe général qui animera nos critiques du projet de révision de la loi de 1838 ; le projet ne fait qu'aggraver la loi et il est contraire à l'évolution de la psychiatrie moderne. Il n'est pas excessif de dire que, depuis 20 ans, la psychiatrie est transformée. Elle a été pendant longtemps une sorte d'histoire naturelle des maladies mentales. Actuellement, le chapitre de la thérapeutique s'enrichit chaque année. Les résultats déjà obtenus rapprochent de plus en plus la psychiatrie de la médecine générale, dont elle n'est que l'épanouissement. Toute législation, qui tendra à faire de l'aliéné un malade à part et qui séparera la psychiatrie du reste de la médecine, retardera en notre pays les progrès de médecine mentale.

L'article 2 de la circulaire du 7 décembre 1938 vise le dépôt provisoire dans les hôpitaux et hospices. « Ce dépôt provisoire, dit la circulaire, ne doit constituer qu'un pis-aller... Il ne saurait excéder une durée de quatre jours ».

Ces recommandations sont reprises dans le projet de loi, article 24, alinéa 1^{er} :

Les hospices et hôpitaux civils seront tenus de recevoir, pendant un délai maximum de quatre jours, les personnes qui leur seront

adressées en vertu des articles 18 et 19, jusqu'à ce qu'elles soient dirigées sur l'établissement spécial destiné à les recevoir, aux termes de l'article premier, ou pendant le trajet qu'elles feront pour s'y rendre.

A la Commission d'Hygiène Mentale, cet article avait été formulé de la façon suivante :

Le séjour provisoire dans un lieu ou établissement indiqué dans l'article 24 de la loi du 30 juin 1938 ne saurait en aucun cas dépasser quatre jours.

Nous avons voté contre cet article, et nous estimons encore que le délai maximum de quatre jours n'est pas favorable au traitement des malades mentaux. Nous n'ignorons pas les arguments qui peuvent être présentés en faveur de cette disposition. La circulaire du 7 décembre 1938 les résume en signalant que « dans beaucoup d'établissements hospitaliers, ces locaux ne répondent en aucune manière à leur but ». Les inspecteurs du service administratif ont signalé que les aliénés ne reçoivent aucun soin dans ces dépôts provisoires des hôpitaux et hospices civils, qui sont tenus, d'après l'article 24 de la loi de 1838, de recevoir provisoirement les personnes qui leur sont adressées en vertu des articles 18 et 19 jusqu'à ce qu'elles soient dirigées sur l'établissement spécial destiné à les recevoir. Il peut donc paraître désirable de diriger d'emblée l'aliéné vers son lieu de traitement définitif : l'hôpital psychiatrique. En réalité, l'obligation de ne pas dépasser quatre jours de séjour dit provisoire dans les hôpitaux et hospices avant l'internement est dangereuse pour le malade. Elle aggrave l'état d'esprit d'incompréhension qui règne à l'égard des malades mentaux dans la plupart des hôpitaux et hospices. A cause de la loi de 1838, tous les malades mentaux sont représentés comme des aliénés pour lesquels la seule solution de traitement consiste en l'internement. Il n'est pas douteux que si, avant leur internement, les malades mentaux étaient placés dans des services spéciaux des hôpitaux, beaucoup de malades ne seraient pas internés et pourraient être mis rapidement en liberté, sans entrer à l'asile d'aliénés.

Notre expérience de l'Infirmerie Spéciale de la Préfecture de Police nous permet d'apporter des chiffres démonstratifs. Nous indiquons ci-contre le nombre des entrées à l'Infirmerie, et celui des sorties sans internement. On peut voir qu'en 1928, sur

Année	ENTRÉES A L'INFIRMERIE					SORTIES DE L'INFIRMERIE				
	Personnes envoyées par					Total	Transpor- tées dans les hôpitaux	Décédées à l'infirmerie	Remises en liberté, ou réintégréés au dépôt	Total
	Commis- saires de Police	Bureaux judiciaires	Bureau des prisons							
1928.....	Hommes	720	35	107	862	9	1	66	76	
	Femmes	574	45	45	664 = 1526					11
1929.....	Hommes	561	40	115	916	10	2	62	74	
	Femmes	576	32	43	651 = 1567					8
1930.....	Hommes	849	34	155	1038	7	1	73	81	
	Femmes	638	37	37	712 = 1750					6
1931.....	Hommes	827	33	145	1005	7	1	64	72	
	Femmes	629	29	38	696 = 1701					11
1932.....	Hommes	861	38	127	1026	6		68	74	
	Femmes	647	46	36	729 = 1755					2
1933.....	Hommes	759	38	110	907	7	2	63	72	
	Femmes	644	29	34	707 = 1614					2
1934.....	Hommes	837	35	110	982	19		84	103	
	Femmes	589	46	28	663 = 1645					10
1935.....	Hommes	864	26	113	1003	16	1	79	96	
	Femmes	691	40	27	758 = 1761					13
1936.....	Hommes	875	24	97	996	20		99	119	
	Femmes	772	35	18	825 = 1821					19
1937.....	Hommes	850	38	145	1033	16	1	101	118	
	Femmes	727	36	34	797 = 1830					17

1.526 malades mentaux envoyés à l'Infirmierie, aux fins d'internement d'office, 112 n'ont pas été internés et ont été mis en liberté. En 1937, sur 1.820 malades envoyés à l'Infirmierie, 167 ont été mis en liberté.

Or, le service de l'Infirmierie Spéciale n'est pas installé comme il devrait l'être pour donner aux malades les soins suffisants pendant le temps nécessaire. De plus, les malades envoyés à l'Infirmierie sont en général de grands malades. Ce sont les malades les plus dangereux pour eux-mêmes et pour la sécurité des personnes. Pourtant, en 1937, 167 malades ont pu être mis en liberté, après un séjour qui a rarement excédé 5 ou 6 jours. Une meilleure installation de l'Infirmierie Spéciale permettrait de mettre en liberté un plus grand nombre de malades mentaux. Ce serait tout bénéfique pour les finances publiques. Ce serait aussi une satisfaction pour les malades et pour leurs familles. Nous pouvons dire qu'en aucun cas, cette mise en liberté de malades qui sont passés par l'Infirmierie Spéciale n'a entraîné d'inconvénients, de quelque nature que ce soit.

Plus on développera la notion qu'avec des soins précoces, donnés dans des services spéciaux, faisant partie d'hôpitaux généraux, on peut traiter un malade mental comme un malade de médecine générale, plus on diminuera le nombre des malades internés. Les cas aigus devraient être traités dans le service psychiatrique d'un hôpital général. Tout hôpital général devrait avoir un service de psychiatrie, au même titre qu'un service de chirurgie, de pédiatrie et d'accouchement.

Les services du Professeur Lépine, à Lyon, du Professeur Raviart, à Lille, pourraient servir de modèles à la création de services de psychiatrie dans les hôpitaux généraux.

A Paris, il semble que le problème puisse recevoir un jour cette solution. Le 30 décembre 1938, M. Gilloin, Conseiller Municipal, a déposé au Conseil Municipal de Paris le vœu suivant :

1° Que les services d'isolement qui existent actuellement dans les hôpitaux soient agrandis et dotés :

- a) d'un service d'hospitalisation en dortoir,
- b) d'un service de consultations externes,
- c) d'un service social ;

2° Que soit mise à l'étude la création, dans la banlieue parisienne, d'un établissement destiné aux malades mentaux non internables, ayant besoin d'une cure prolongée ;

3° Qu'en prévision de ces agrandissements et de cette création, soit institué un cadre de « psychiatres des hôpitaux ».

Nous discuterons ailleurs la question des services spécialisés dans les hôpitaux de Paris. Nous voulons seulement insister sur ce fait, que de très nombreux malades mentaux pourraient être traités dans des services psychiatriques des hôpitaux généraux. L'internement pourrait être évité à beaucoup d'entre eux. Les finances publiques seraient allégées, car les malades resteraient moins longtemps dans un service général sans internement que dans un hôpital psychiatrique après internement. La mention du dépôt provisoire devrait être, dans le projet de loi, remplacée par celle d'un service d'observation, soit dans un hôpital général, soit, pour les malades placés d'office, dans un service administratif, comme celui de l'Infirmierie Spéciale, organisé d'une façon plus hospitalière. Toutes les formules sont admissibles, pourvu qu'elles aboutissent au résultat essentiel, qui est celui du traitement des malades. La mesure de l'Internement ne doit être prise qu'après l'échec ou la constatation de l'inutilité du traitement.

La formule qui prévoit que les hôpitaux et hospices sont tenus de recevoir pendant un délai maximum de quatre jours des malades, même s'ils leur sont adressés en vertu des articles 18 et 19 de la loi de 1838, est anti-médicale. Il devrait être spécifié que les hôpitaux et hospices sont tenus de soigner les malades mentaux, et de ne les interner que dans certaines conditions à préciser. Le maintien de l'obligation de ne pas laisser plus de quatre jours les malades considérés comme aliénés dans les dépôts provisoires des hôpitaux et hospices civils, n'engagera certainement pas les Commissions Administratives à aménager les locaux selon les nécessités hospitalières et thérapeutiques.

Au contraire, si le séjour doit être prolongé, non seulement au-delà de quatre jours, mais pendant le temps indispensable pour savoir si un malade mental peut être amélioré ou guéri dans le service spécial par des soins appropriés, les administrations des hôpitaux et hospices, et les médecins eux-mêmes comprendront que des malades mentaux ont droit aux mêmes soins que les malades de médecine générale.

L'article 3 de la circulaire précise les conditions des enquêtes à domicile. Il est dans l'ensemble libéral et logique. Toutefois, on y trouve la mention suivante : « Lorsque l'aliénation ne fait aucun doute, les renseignements extérieurs deviennent superflus, et d'ailleurs une visite directe du malade par vos soins (ceux du Préfet), par ceux du Procureur ou de vos délégués, serait suffisamment démonstrative ». Or, en la circonstance, seul un avis médical peut être utile. Les avis du Préfet ou du

Procureur sur l'état de santé d'un aliéné sont inopérants. Il est vraisemblable que le terme de « délégué » indique l'envoi d'un médecin, qui pourra donner un avis compétent sur l'état du malade ; mais le rôle du médecin contrôleur ou inspecteur n'est pas précisé par la circulaire.

Si nos souvenirs sont exacts, c'est sous le premier ministère Clémenceau que fut décidée l'enquête à domicile. Elle avait pris peu à peu une tournure indiscrète et abusive. La circulaire ministérielle du 7 décembre 1938 a le mérite de faire appel pour la première fois à des assistantes sociales, qui, spécialisées, pourront apporter à l'administration une aide plus efficace que celle des gendarmes, mais le rôle du médecin contrôleur ou inspecteur est plus important encore.

Le quatrième article de la circulaire vise la transformation du placement d'office en placement volontaire. Cette disposition peut paraître satisfaisante. Elle existe déjà dans certains départements. Il est possible qu'elle ait donné satisfaction en quelques circonstances. Elle a été réclamée par des médecins des Hôpitaux psychiatriques de la Seine : ils trouvaient que l'intervention du Service des Aliénés de la Préfecture de Police gênait leurs initiatives quand ils proposaient la sortie d'un malade, interné d'office, et quand le service des aliénés refusait la sortie. Des conflits se sont produits. Actuellement, lorsque la Préfecture refusera la sortie, le médecin de l'hôpital psychiatrique aura la ressource de faire transformer le placement d'office en placement volontaire : « sous réserve de l'existence d'un règlement prévoyant le placement volontaire à titre gratuit ». Il ne sera pas difficile d'obtenir une demande de placement volontaire rédigée en conformité de l'article 8 « par un parent ou ami du malade, ou par toute personne s'intéressant à lui ». Il sera intéressant de voir ce que deviendront ces anciens internés d'office, lorsqu'ils obtiendront, du fait du placement volontaire, plus facilement leur sortie. Nous rappelons cette formule de Clérambault : « pour les internés d'office, s'il n'y a pas de séquestration arbitraire, il y a des sorties injustifiées ».

Dans le projet de loi, l'article 1^{er} tend à modifier l'article 8 de la loi de 1838. Avant le dernier alinéa de cet article, il est inséré l'alinéa suivant :

Toute personne majeure et non interdite pourra être admise sous forme de placement spontané sur sa propre demande accompagnée d'un certificat délivré dans les mêmes conditions que celles indiquées ci-dessus, et d'une pièce d'identité.

Ce placement spontané avait été accepté à l'unanimité par la Commission d'Hygiène Mentale. Il est déjà appliqué dans un certain nombre de départements. Son application ne présente pas d'inconvénients, sauf celui de nécessiter l'internement des malades qui viennent spontanément demander assistance et traitement.

Pour les malades qui demandent à être soignés, la formule d'internement est inutile. Il est surtout nécessaire d'avoir des services libres, ouverts et hospitaliers, qui permettront de donner aux malades mentaux des soins médicaux, sans qu'il soit besoin d'autres formalités administratives que celle de l'admission des malades médicaux ou chirurgicaux dans un hôpital général. Moins il y a aura d'obligations imposées aux malades sous la forme de l'internement, plus facilement les malades mentaux viendront se faire traiter dans un hôpital.

Nous avons discuté plus haut les dispositions prévues par l'article 24, alinéa 1^{er}, concernant le « dépôt provisoire » et la règle des quatre jours.

L'article 8 *bis* a pour objet certaines dispositions qui avaient été proposées à la Commission d'Hygiène Mentale et est ainsi rédigé :

Il y aura dans chaque établissement psychiatrique un service destiné à l'observation de tous les malades entrants.

Tout placement sera d'abord provisoire. Le certificat de vingt-quatre heures, délivré conformément à l'article 8 par le médecin du service d'observation, conclura à la sortie, à l'internement proprement dit, ou à la mise en observation.

Dans ce dernier cas, le médecin de ce service établira dans un délai maximum de quinze jours, un certificat concluant à la sortie ou à l'internement proprement dit.

Ce certificat sera, comme le précédent, aussitôt envoyé au Préfet.

L'article 19 *bis* prévoit que :

Le service d'observation prévu à l'article 8 *bis* recevra également tous les malades placés d'office.

Les dispositions prévues à l'article 8 sont également applicables aux placements d'office.

Lorsque le médecin du service d'observation aura conclu soit à la sortie, soit à l'internement proprement dit des malades maintenus en observation, le Préfet prendra soit un arrêté de sortie, soit un arrêté confirmant l'internement.

On ne peut pas dire que ces deux articles soient d'une très grande clarté. C'est du moins ce qui était apparu lors de la discussion élevée à leur sujet à la Commission d'Hygiène Mentale. Aussi n'avons-nous pas été seul à voter contre eux. D'après ces articles 8 *bis* et 19 *bis*, tous les malades internés, quelle que soit leur origine : par placement spontané, par placement volontaire, ou par placement d'office, doivent être mis provisoirement en observation dans un service à l'hôpital psychiatrique. Excellente mesure en apparence. Mais ce service d'observation est un service fermé. Le certificat de 24 heures, conformément à l'article 8, sera envoyé au Préfet, quelle que soit la mesure à prendre : sortie, internement, ou mise en observation. Si au bout de l'observation, le malade doit être mis en liberté, les formalités d'internement auront néanmoins été prises à son égard. Son nom aura été porté sur le livre de la loi. Pratiquement, le malade aura été interné. On précise seulement qu'il ne devra être interné que pendant quinze jours, avant que son internement ne soit devenu définitif.

Cet article n'est que l'expression du souci d'un intérêt corporatif et non de l'intérêt du malade. Ce n'est pas dans ces conditions que se fait une observation médicale objective, ni que sont donnés des soins en vue d'une guérison rapide. Le service d'observation ainsi conçu n'est pas un service libre, puisqu'il est à l'intérieur de l'hôpital psychiatrique, c'est-à-dire de l'asile d'aliénés. Etre passé dans ce service d'observation, c'est avoir été à l'asile d'aliénés ; le malade aura été d'abord l'objet d'un certificat d'internement ; il aura été mis en observation après son internement de fait, après être entré à l'asile. Ce service d'observation n'est pas un service d'hôpital : c'est un service administratif, où les certificats remplaceront les soins. Ce n'est pas à l'asile que le malade doit être mis en observation, et soigné avant d'être interné.

L'article 24 *bis* prévoit que :

Sur la demande écrite d'un parent, ou d'un ami autorisé, s'il y a lieu, par la famille et sous leur responsabilité, une sortie d'essai pourra être accordée pour une durée maximum de trois mois.

La sortie sera prononcée par le Préfet, après avis du médecin.

La personne qui aura demandé la sortie du malade indiquera la résidence choisie pour ce dernier, ainsi que le médecin chargé de le visiter tous les quinze jours au moins, et de dresser, après chaque visite, un certificat destiné au Préfet.

Durant la sortie d'essai, le malade pourra toujours réintégrer l'établissement psychiatrique, sans autres formalités.

A l'expiration du délai de trois mois, l'arrêté définitif de sortie sera pris par le Préfet sur le vu du certificat du médecin ci-dessus désigné.

Les dispositions de l'article 16 *bis*, alinéas 4 et 5 sont applicables à ces sorties d'essai.

Cette sortie d'essai est excellente en principe. Reste à voir son mode d'application. L'expérience nous a montré, comme à tout aliéniste, que les personnes qui s'engagent à surveiller un malade et qui se chargent même de sa garde, ne remplissent que très rarement les conditions qui leur sont imposées. Quel sera le médecin chargé de visiter le malade tous les quinze jours au moins, et de dresser le certificat destiné au Préfet ? Rares sont les médecins qualifiés pour effectuer la surveillance médicale des malades mentaux ; à moins qu'il ne s'agisse de médecins inspecteurs chargés comme fonctionnaires de faire cette visite, on ne voit pas comment il serait possible d'exiger d'un médecin privé, désigné par la famille, d'envoyer au Préfet un certificat médical, qui serait pratiquement une violation du secret professionnel. En vérité, ces sorties d'essai des malades mentaux ne peuvent se concevoir qu'avec une organisation de dispensaires d'hygiène mentale, répartis sur tout le territoire.

L'article 42 prévoit les services ouverts :

Des services ouverts, complètement séparés des services d'internement, seront installés en annexe des hôpitaux psychiatriques, en vue du traitement en cure libre et sur le consentement des malades dont l'état mental ne nécessite pas de surveillance spéciale.

Un décret d'administration publique déterminera les modalités d'application de cet article et le fonctionnement de ces services.

L'article 43 prévoit le fonctionnement des dispensaires d'hygiène mentale.

Les médecins des hôpitaux psychiatriques assureront le fonctionnement des consultations externes des dispensaires d'hygiène mentale, créés dans chaque département, même lorsqu'elles seront organisées en dehors des locaux de ces hôpitaux.

A la Commission d'Hygiène Mentale, nous nous sommes élevé contre la conception du service ouvert annexé à l'hôpital psychiatrique. On doit à M. Toulouse la notion et la propagation des idées modernes sur le traitement en cure libre des malades mentaux. Grâce à l'accueil favorable qu'il a reçu du Conseil

général de la Seine, il a créé l'hôpital Henri-Rousselle, pour permettre aux malades mentaux d'être soignés sans internement. L'hôpital Henri-Rousselle est la réalisation de la seule idée nouvelle concernant l'assistance aux malades mentaux qui ait été émise depuis Pinel. Dans la création de cet hôpital, il n'y eut qu'une erreur : ce fut de le placer dans l'enceinte même de l'Asile Sainte-Anne, et d'en faire une annexe d'un asile d'aliénés.

Quoi qu'il en soit, la formule du service ouvert s'est imposée à tous ceux qui l'avaient d'abord combattue, médecins des asiles et fonctionnaires.

Dans leur rapport sur « l'organisation de la prophylaxie des troubles mentaux dans le cadre départemental », MM. Haye et Lauzier ont adopté les idées de M. Toulouse. Ils lui reconnaissent le rôle d'initiateur dans cette voie de réforme et ils rendent hommage à sa ténacité.

Les articles 42 et 43 du projet de loi sont destinés à protéger les privilèges des médecins des hôpitaux psychiatriques, beaucoup plus qu'à favoriser le traitement des malades mentaux. Les services ouverts seront annexés aux hôpitaux psychiatriques, mais ils seront complètement séparés des services d'internement. Il est vraisemblable que, pratiquement, ils seront conçus comme les maisons de santé privées et mixtes, où le service libre est séparé du service fermé par un grillage.

L'article 43 spécifie que les médecins des hôpitaux psychiatriques assureront les consultations externes des dispensaires d'hygiène mentale, même lorsqu'elles seront organisées en dehors des locaux de ces hôpitaux, c'est-à-dire des asiles. Ainsi le but de l'Amicale des médecins des asiles d'aliénés est atteint : les médecins des hôpitaux psychiatriques ont le monopole de toute la psychiatrie française.

M. Toulouse avait eu l'initiative de faire prendre par M. le Ministre de la Santé Publique un décret qui a changé la dénomination des asiles d'aliénés en hôpitaux psychiatriques. Il ne suffit pas de transformer le titre de médecin des asiles en celui de médecin des hôpitaux psychiatriques pour prendre du même coup un esprit réellement hospitalier et abandonner l'attitude du fonctionnaire, habitué à disputer âprement ses droits.

On peut admettre la création des services ouverts annexés aux hôpitaux psychiatriques. Ils serviront surtout de services d'admission avant l'internement. Ce sont ces services ouverts qui devraient être réellement les services d'observation prévus à l'article 19 *bis*. Mais le véritable service libre pour malades mentaux doit être placé dans le cadre de l'hôpital général. Il

doit être en relation avec d'autres services hospitaliers. La formule proposée par M. Gillouin au Conseil Municipal de Paris est préférable pour les malades, à l'article 42 du projet de loi qui prévoit seulement des services ouverts annexés à l'hôpital psychiatrique. Il ne faut pas oublier qu'avant l'hôpital Henri-Rousselle, il y a eu dans les hôpitaux généraux des services spécialisés pour le traitement des malades mentaux, sous la direction de Gilbert Ballet, de Dupré, de M. Claude, médecins des hôpitaux, et non médecins des asiles.

Tant que les malades mentaux ne seront pas soignés d'abord dans des services spécialisés des hôpitaux généraux, ils ne recevront pas les soins suffisants que comporte leur état. Les progrès les plus récents de la psychiatrie montrent que la thérapeutique des maladies mentales se fait avec les méthodes et dans le cadre de la médecine générale : la malariathérapie est déjà appliquée aux paralytiques généraux hors des asiles, à l'Hôpital Saint-Louis, et à la Salpêtrière ; la pyrêtothérapie, l'insuline et le cardiazol sont appliqués aussi dans des services hospitaliers, et dans des maisons de santé privées et libres.

La psychiatrie n'est pas de l'administration. Elle ne consiste pas seulement en la rédaction et en la signature de certificats. Elle comporte, comme toutes les autres branches de la médecine, un diagnostic et une thérapeutique. Elle nécessite les mêmes disciplines médicales que toutes les autres spécialités. Elle pose aussi des problèmes spéciaux, qui sont moins administratifs que sociaux.

L'article 42, qui annexe les services ouverts aux hôpitaux psychiatriques, l'article 43 qui met obligatoirement les médecins des hôpitaux psychiatriques à la tête des consultations externes des dispensaires d'hygiène mentale, même s'ils sont organisés en dehors des locaux de ces hôpitaux, mettent pratiquement toute la psychiatrie, asilaire ou libre, entre les mains des médecins des asiles.

Sans doute, pour faire admettre leurs droits à la prise de possession de toute la psychiatrie, les médecins des asiles peuvent invoquer le concours spécial qu'ils ont passé. J'ai été juge à ce concours. J'en connais la valeur. Les résultats n'en ont pas démontré toujours l'excellence.

M. Toulouse avait fait prendre en 1936 des décrets apportant un statut plus libéral et plus scientifique au recrutement des médecins des hôpitaux psychiatriques. Je considère encore comme un honneur d'avoir soutenu ses efforts dans les discussions souvent très vives d'une commission qui réunissait les

opinions diverses, et qui avait ébauché une importante réforme. De récents décrets ont rétabli l'état de choses ancien, les « vieux errements », de sorte que si le titre d'hôpital psychiatrique subsiste, ce terme a été vidé de son sens.

Services spéciaux de psychiatrie dans le cadre des hôpitaux généraux, consultations de psychiatrie, d'hygiène mentale, soit dans le cadre des consultations hospitalières habituelles, soit en les intégrant aux offices publics d'hygiène sociale, devraient être à la base de la médecine mentale. Nous rappelons qu'à la Commission Interministérielle de l'Enfance Déficiente, nous avons fait accepter l'organisation de consultations de neuro-psychiatrie infantile, en utilisant les consultations de l'Office Public d'Hygiène Sociale. Elles seront sans doute aussi réservées aux médecins des hôpitaux psychiatriques, au détriment des différents médecins qui se sont déjà spécialisés dans cette branche de la médecine mentale et qui, hors des hôpitaux psychiatriques, ont déjà prouvé leur valeur.

La loi de 1838 a fait des asiles d'aliénés, actuellement hôpitaux psychiatriques, des garderies. Aussi n'est-ce pas de France que sont venues les nouveautés thérapeutiques dans les maladies mentales : malariathérapie, traitements à l'insuline et au cardiazol. La seule nouveauté thérapeutique qui soit française est le traitement de la paralysie générale par le stovarsol. Cette méthode vaut peut-être la malariathérapie. En tout cas, elle est née dans les hôpitaux de Paris, par la collaboration de M. Sézary à l'Hôpital Saint-Louis, et de M. Barbé, Médecin aliéniste de la Salpêtrière.

Le mérite de M. Toulouse, quand il a obtenu du Conseil général de la Seine la création de l'hôpital Henri-Rousselle, a été de préconiser pour les malades mentaux les méthodes de diagnostic et de traitement en usage dans les hôpitaux de médecine générale. Grâce à lui, peu à peu, les médecins des hôpitaux psychiatriques font aussi de la thérapeutique. La plupart reconnaissent que, malgré leur bonne volonté, ils ne peuvent donner aux malades les soins désirables. La formule administrative de la garderie continue à sévir. Chaque médecin d'hôpital psychiatrique doit traiter des centaines de malades : de 800 à 1.500. Tout son temps est pris par la rédaction des certificats et l'exécution des procédures administratives. Une circulaire de M. le Ministre de la Santé publique a fixé à 400 le nombre des malades dévolus à chaque médecin, mais le nombre des médecins n'a pas augmenté, tandis que s'accroît le nombre des malades mentaux.

La création des services ouverts ne pourra pas résoudre la difficulté, puisque ce sont les mêmes médecins qui devront s'occuper des malades internés et des malades libres. Ils devront assurer aussi les dispensaires d'hygiène mentale, même à distance de l'asile. Quel appétit d'absorption !

En psychiatrie, il y a place pour tout le monde : pour les médecins traitants des services spéciaux des hôpitaux généraux, pour les médecins traitants des services libres, pour les médecins fonctionnaires des asiles, qui veilleront à l'application des formalités administratives multiples dont sont l'objet les malades internés.

Dans un article à la gloire de la loi de 1838, nous avons lu que cette loi avait favorisé les mesures prises à l'égard des enfants anormaux. Cette opinion nous semble un paradoxe insoutenable. Si un pays est en retard dans le monde entier pour tout ce qui concerne les mesures d'éducation et de traitement des enfants déficients, des déséquilibrés du caractère et des délinquants, c'est malheureusement la France. La loi de 1838 est responsable de cette carence : dans les hôpitaux psychiatriques, non seulement il faut interner les adultes, mais il faut interner aussi les enfants. Les sections d'enfants anormaux des hôpitaux psychiatriques ne sont pas conçues comme des internats de perfectionnement, comme des écoles de rééducation. Un très petit nombre fonctionne comme instituts médico-pédagogiques. Même dans les meilleurs de ces services d'enfants anormaux, les mesures de réadaptation sociale sont inexistantes. De plus, nous avons insisté déjà sur les fâcheuses conséquences des changements fréquents des titulaires de ces services d'anormaux : certains médecins des hôpitaux psychiatriques s'intéressent à la psychiatrie infantile, et développent le service d'enfants dont ils ont la charge provisoire. Mais ils ne restent quelquefois que deux ou trois ans, et même moins, dans ce service spécial. Si leur successeur ne s'intéresse pas à la psychiatrie infantile, il délaisse le service et le fait quelquefois supprimer.

Les sections d'anormaux ou les instituts médico-pédagogiques devraient être détachés des hôpitaux psychiatriques. Ils devraient fonctionner comme des services ouverts, totalement indépendants des asiles, et posséder un personnel médical spécialisé et stable. La loi de 1838 a empêché en France le développement de la psychiatrie infantile. Elle est inutile pour assurer le traitement, la pédagogie, les mesures de réadaptation sociale dont les enfants anormaux doivent être l'objet. Tout au plus peut-elle être utilisée dans certains cas de placement d'office, lorsque les

parents s'opposent par ignorance, inertie ou entêtement, au placement nécessaire de leur enfant anormal.

La loi de 1838 a eu d'autres conséquences. C'est parce que les asiles d'aliénés ont été des garderies que beaucoup de maisons de santé privées ne se sont pas adaptées aux méthodes modernes de traitement médical et de thérapeutique par le travail. La comparaison avec un pays voisin serait riche en enseignements.

Ces insuffisances sont les conséquences de la loi de 1838, qui a développé la conception de l'asile comme garderie, et non comme hôpital.

Ainsi, il nous paraît profondément regrettable que le projet de révision de la loi de 1838, déjà voté à la Chambre, soit une aggravation de la loi centenaire. La loi de 1938 a paru avoir une utilité parce qu'elle accumule les moyens de protection de la personne et des biens des aliénés, mais elle n'est pas adaptée aux progrès de la thérapeutique, et à la conception moderne des maladies mentales.

Dans leur grande majorité, les malades mentaux peuvent être soignés dans des services spéciaux des hôpitaux généraux, sans formalités administratives autres que celles de l'admission hospitalière habituelle. L'internement dans un asile d'aliéné doit être réservé aux malades protestataires et dangereux pour la sécurité des personnes, c'est-à-dire aux aliénés qui relèvent de l'internement d'office.

Quand on a l'expérience de la psychiatrie de clientèle, de la consultation en maison de santé, du triage et de la décision de placement dans les consultations spéciales, il est facile d'établir une distinction entre les malades mentaux qui peuvent être soignés en liberté, et ceux qui doivent être internés. Les crises d'anxiété passagères chez les mélancoliques, les troubles mentaux aigus ou subaigus d'origine toxique ou infectieuse, les accès délirants de type polymorphe, les paralytiques généraux, presque dans toutes les formes et à tous les degrés de leur maladie, de nombreux déments précoces et la plupart des déments séniles peuvent être soignés sans internement. Par contre, lorsque le malade est un protestataire, quand il est dangereux, il doit être interné. Il n'est pas excessif de dire que seul l'internement d'office devrait être pratiqué. Dans la grande majorité des cas, l'internement volontaire est inutile.

La protection des biens des aliénés reste un problème facile à résoudre. Il est résolu quotidiennement pour les malades mentaux fortunés, traités en maisons de santé libres, et qui ont davantage besoin de protection que la plupart des malades internés

dans les asiles publics. Le Code Civil (art. 389, 499, 513) permet déjà aux médecins de prendre les mesures essentielles ; la protection des biens pourrait être facilement assurée en permettant la nomination d'un administrateur provisoire pendant la durée des troubles mentaux passagers soignés en service ouvert ou en maison de santé libre.

Nous ne voulons pas limiter notre attaque contre la loi de 1838 et le projet de révision à une critique seulement destructive. A la critique doit succéder l'effort constructif. Nous exposerons dans un travail ultérieur les principes d'une réforme moderne de l'assistance aux malades mentaux. La règle qui nous guidera sera de donner aux malades mentaux le plus tôt possible les moyens d'une observation et d'un traitement en milieu hospitalier, et d'assurer la défense sociale contre les aliénés dangereux. A ceux-ci doit être réservé l'internement d'office, après mise en observation en dehors de l'asile d'aliénés. A l'intérieur de l'asile doit être créé un quartier spécial pour les aliénés judiciaires, comme l'a réclamé M. Abély.

Destinée à dépister les aliénés en liberté, la proposition de loi de M. Louis Rollin, actuellement étudiée par la Commission d'Hygiène du Sénat, a pour objet de prévenir les délits et les crimes par des mesures d'hygiène mentale et de prophylaxie criminelle. La proposition de loi de MM. Lisbonne et Camboulives permet de résoudre le problème posé par les délinquants mentalement anormaux, en créant pour eux les asiles de sûreté. Le projet de loi préparé par la Commission interministérielle de l'enfance déficiente réalise le statut de l'enfance anormale.

La médecine mentale ne se borne pas à interner les aliénés et à protéger leurs biens : elle a pour objet de soigner les malades, et de leur faciliter l'accès des moyens modernes de traitement. Elle a pour objet également de dépister partout où ils se trouvent les malades dangereux pour la sécurité publique et de prendre à leur égard les mesures d'internement et de ségrégation qui sont inutiles pour la plupart des autres.

Le projet de révision de la loi de 1838 se réduit à un rapetassage et à un calfatage ; il aboutit à protéger des intérêts corporatifs et à maintenir une surveillance et une tutelle administratives. Nous n'y avons pas trouvé l'esprit médical qui doit animer les mesures destinées à dépister, à assister et à soigner des malades.

LA METHODE VIENNOISE DE TRAITEMENT DES ÉTATS SCHIZOPHRÉNIQUES

PAR

MAURICE LECONTE

Depuis les premiers travaux publiés en 1933-35 par Sakel sur l'insulinothérapie et ceux qui suivirent, il serait actuellement superflu de nous livrer à un exposé systématique de la technique, des indications et de l'organisation de ce traitement que nombre de revues générales sont venues définir et rappeler à maintes reprises (1).

Qu'on nous permette, pour ne citer que les plus importants des articles de langue française, de rappeler ceux qu'ont publiés : M. Paul Abély, M. Bersot, M. Choplin, MM. Claude et Rubénovitch, M. Desruelles, MM. Gross et Gross-May, M. Guyot, M. Hoven, M. Leroy, M. Muller, M. Paulian, MM. Tomesco et S. Constantinesco, etc...

Notre voyage d'études (2) décidé en 1937 ne put être effectué qu'en 1938, deux mois après la réunion de l'Autriche à l'Allemagne. Les nombreux travaux parus encore depuis cette date suffi-

(1) *L'Association Amicale des internes et anciens internes en médecine des hôpitaux psychiatriques de la Seine*, attribuant tous les deux ans à un interne de 3^e ou 4^e année une Bourse de voyage à l'Etranger, cette bourse de voyage pour 1937 fut attribuée par la Commission au D^r Maurice Leconte. Ce travail présenté au retour de son voyage par le D^r Maurice Leconte valut à son auteur le titre de « Lauréat de l'Association Amicale des internes et anciens internes des hôpitaux psychiatriques de la Seine ». (Note de la Rédaction).

(2) Nous remercions vivement M. le P^r Pötl et Mlle les Docteurs de Forstmeyer et Palisa pour l'accueil et l'enseignement cordiaux qu'ils nous prodiguèrent en nous ouvrant librement l'entrée de leurs services. Nous sommes heureux également d'exprimer notre sincère gratitude à M. le D^r René Charpentier, président honoraire de l'Association qui créa cette bourse de voyage, à notre maître M. le D^r Xavier Abély et aux membres de la commission qui nous firent l'honneur de nous désigner pour l'accomplissement d'un voyage d'Études, au cours duquel nous fûmes reçus avec amabilité, et courtoisie tant en Bavière qu'en Autriche.

sent amplement à donner les indications générales et les lignes essentielles de la méthode aux psychiatres désireux de tenter de rendre à la santé et à leur famille des malades considérés jusqu'alors comme incurables et d'emblée chroniques. Déjà nombre de Services psychiatriques appliquent cette méthode et si nous devions apporter ici quelques vues très récentes, nous ne pourrions qu'exposer entre autres, les travaux de M. Paul Abély et ceux de MM. Claude et Rubénovitch.

Nous voulons surtout dans cet exposé envisager l'esprit dans lequel est appliquée maintenant, à Vienne et ailleurs, la lutte contre les états schizophréniques et les conditions dans lesquelles est né et paraît devoir être administré actuellement ce traitement moderne dont le retentissement mondial est venu à nouveau bouleverser les conceptions statiques de la psychiatrie classique et cela en partant de la même clinique où s'était déjà illustré un autre grand psychiatre viennois, le Professeur Wagner von Jauregg.

LES CAUSES FAVORISANTES D'UNE DÉCOUVERTE

Avant d'envisager l'esprit et les modalités d'application de la méthode, nous voudrions examiner d'abord si l'on doit attribuer au seul hasard une telle découverte.

Sans doute le facteur hasard, l'empirisme sont-ils toujours importants dans toute trouvaille scientifique et la médecine offre de nombreux exemples de son rôle dans le progrès des thérapeutiques. Mais peut-on dire qu'il soit tout, et en l'occurrence qu'il explique seul la réussite de Sakel ? Nous ne le croyons pas. Nous ne pouvons croire que la chance seule ait permis dans la patrie de Freud que sortent d'un même service et la malariathérapie du Professeur W. v. Jauregg et l'insulinothérapie de Sakel, assistant du Professeur Pötz. Sans doute les dons personnels de curiosité et de raisonnement de Sakel furent pour beaucoup dans sa découverte. Chacun sait qu'il a essayé d'abord les effets de l'insuline chez les morphinomanes, puis chez les schizophrènes en leur appliquant des doses telles que les comas apparurent et furent suivis d'amélioration. Mais nous tenons aussi le rôle de l'ambiance pour primordial.

Sakel bénéficia avant tout d'un milieu scientifique aux moyens étendus, aux vues larges, à la curiosité aiguë par l'expérience et où nul scepticisme — de ce scepticisme qui stérilisa parfois l'assistance et la thérapeutique françaises — ne règne en maître.

La clinique de Vienne est un service psychiatrique, un service

spécialisé d'hôpital où la culture médicale est mise sur un plan d'absolue égalité avec l'étude psychiatrique. La psychiatrie d'ailleurs n'est pas isolée de la neurologie. Une aile du service neuro-psychiatrique est son domaine ; l'autre est celui de la neurologie ; ainsi ces deux services sont dirigés, avec son autorité distinguée, par M. le Professeur Pötz, qui se trouve être à la fois le Claude et le Guillaumin de ces deux sciences qui à Paris siègent, l'une à Sainte-Anne, l'autre à la Salpêtrière.

Pas de scepticisme, avons-nous dit. Et, en effet, j'ai eu l'occasion de me rendre compte de l'ardente activité de recherche des collaborateurs de M. Pötz, que l'on peut voir heureusement égale en France. Mais depuis longtemps, Vienne préoccupée de recherches cliniques, biologiques et thérapeutiques, débarrassée du fardeau de la psychiatrie métaphysique et des théories prématurées ou défuntes, s'était lancée dans une voie résolument médicale et c'est pourquoi sans doute parvint-elle avant notre pays à mettre au monde des thérapeutiques révolutionnaires, mais s'avérant de plus en plus efficaces.

Cette absence de scepticisme scientifique, la position résolument médicale du psychiatre devant les problèmes qui lui sont offerts nous paraissent déjà des éléments de succès. Le troisième et très important facteur de réussite réside encore dans les facilités de recherches qu'offre tout service peu chargé de malades et comprenant un personnel médical suffisant.

A Vienne, la Clinique elle-même est vaste, parce qu'il existe un double service masculin et féminin, l'un neurologique, l'autre psychiatrique ; chaque service possède un nombre de médecins égal à celui d'un service de médecine générale. C'est là une condition fondamentale pour la recherche scientifique et la bonne marche de toute thérapeutique, et surtout pour se permettre des traitements aussi osés que celui-ci. C'est heureusement le cas du Service de la Clinique Femmes de la Faculté de Paris où, indépendamment du Professeur et de son agrégé, font partie d'un service de 110 malades, deux chefs de clinique, un assistant pour l'insulinothérapie, un interne, une assistante pour le service libre, deux externes, une assistante sociale, et divers médecins consultants. Au « Steinhoff » même, l'asile de la banlieue de Vienne qui est susceptible de renfermer près de 4.000 malades, sont attachés près de 20 médecins, c'est-à-dire un pour deux cents environ. Nous ne pouvons pour l'heure que souhaiter pour nos propres services un pourcentage aussi satisfaisant. C'est en somme celui des autres services de Sainte-Anne, taux raisonnable qu'il serait souhaitable de voir se généraliser afin de pou-

voir appliquer dans nos hôpitaux psychiatriques, sans limitation aucune, les thérapeutiques modernes qui demandent examen et surveillance complets et qu'un seul médecin à la tête de 800 (1) et 1.000 malades ne peut réellement mettre en œuvre seul.

Voici encore ce qu'écrivent à ce sujet MM. Desruelles et Choplin : « En somme, on peut retenir de notre étude que la seule difficulté réelle, souvent insurmontable, est le nombre insuffisant de médecins dans les hôpitaux psychiatriques. Il est pratiquement impossible aux médecins chefs de services, la plupart du temps surchargés par un trop grand nombre de malades, de consacrer chaque jour quelques heures, à quelques malades, même pour les guérir. Nos obligations légales, c'est-à-dire toute la paperasserie, sont impérieuses. » Et ailleurs : « Il est donc tout à fait regrettable que ces thérapeutiques, si difficiles, mais si efficaces, ne puissent être appliquées dans tous les hôpitaux psychiatriques parce que le nombre de médecins y reste aussi faible que dans les anciens asiles d'aliénés ».

« ...Nous ne savons pas si des circonstances défavorables ne nous obligeront pas nous-mêmes à renoncer à l'insulinothérapie, et ces circonstances pourront être aussi banales que la maladie ou le congé des médecins » !

ORGANISATION ET INSTALLATION DES LOCAUX RÉSERVÉS À L'INSULINOTHÉRAPIE

Au service viennois des hommes comme à celui des femmes qui occupent deux étages superposés, deux grandes salles isolées de l'ensemble du service sont réservées à l'insulinothérapie. Il s'agit donc d'un service spécial. Il n'est pas douteux qu'un service ou une salle spéciale doivent être aménagés. Aux Rives de Prangins, où les locaux de l'insulinothérapie sont moins étendus, on pousse le souci de préserver les malades de toute vision pénible (coma ou crise) jusqu'à placer entre les malades des paravents mobiles et ajustables, précaution qu'on ne saurait trop conseiller lorsqu'elle ne nuit pas à la surveillance.

Les salles du service du Professeur Pötz sont spacieuses, toutes claires et de petites chambres d'isolement y sont contiguës. On peut circuler aisément dans ces salles, car les lits réservés

(1) Tous les hôpitaux psychiatriques de France n'atteignent heureusement pas ce chiffre, mais il n'est encore que trop fréquent. C'est parce que nous avons eu 860 malades à Amiens que nous croyons utile de rappeler un état de choses aussi regrettable.

aux traitements n'occupent qu'un seul côté. Vis-à-vis d'eux sont des tables réservées au service et au personnel, médical et infirmier, mis en surveillance. Ces salles ne sont occupées qu'une partie de la journée. La nuit elles sont vides. Elles peuvent être comparées à une salle de chirurgie où se rend le patient pour subir son intervention.

Les malades viennent, librement pour la plupart, se soumettre à leur cure d'insuline. Celle-ci terminée, ils regagnent leur place, salle ou chambre particulière, après avoir dans la mesure du possible refait eux-mêmes leur lit pour le lendemain.

Il faut reconnaître qu'à cet égard l'administration de l'hôpital viennois a les vues larges, car il est admis par elle qu'il s'agit de salles de traitement ne devant être occupées qu'une partie de la journée. Aucun directeur inquiet de son prix de journée n'invite les médecins à combler les vides ainsi imposés. En dehors d'une question d'hygiène, un facteur important impose encore ce mode d'organisation. C'est l'architecture des lits. Les lits de la cure insulinique sont, en effet, de véritables cages de cordes. Ils sont faits de cadres métalliques sous-tendant des filets de cordes qu'on ne saurait imposer au malade en dehors des heures de traitement.

Aux quatre angles de chaque lit, les quatre montants sont prolongés verticalement de plus d'une demi-hauteur d'homme et, à la partie supérieure, un cadre rectangulaire tend également un toit de cordes. Les quatre parois et le toit sont constitués par un filet de cordes solides, aux mailles larges. Ainsi au début comme à la fin du coma les malades peuvent, sans inconvénient, être laissés libres de gesticuler à leur aise, sans aucune contention.

Les médecins de Vienne attachent la plus grande importance à la nécessité d'une absolue liberté de mouvements du malade et voient dans les états d'excitation un heureux présage pour la « salvation » de la psychose. Les deux parois latérales de ces lits peuvent s'abaisser, afin de permettre les soins voulus grâce à la mobilité de deux barres métalliques qui, remises en place, se ferment par un simple verrouillage. Dans les cas de grande agitation, on ajoute alors quatre demi-parois capitonnées qu'il est aisé d'enlever dès que le malade est redevenu un peu plus calme. J'aurais désiré publier une photographie de ces lits, dans lesquels le Professeur Pötz traite également les cas de *delirium tremens*, ce qui dispense totalement de l'emploi de la camisole. Malheureusement je n'ai pu obtenir le prospectus nécessaire, car il venait d'être interdit de pénétrer chez le fabricant, israélite, dont la maison avait été fermée « pour cause d'Anschluss ».

LE PERSONNEL

Le personnel médical. — Deux notions importantes semblent se dégager actuellement.

C'est, d'une part, la nécessité d'une connaissance parfaite de la technique pour le médecin chargé du traitement.

Des études uniquement théoriques ne suffisent pas pour se mettre au courant de l'application du traitement insulinaire, écrit M. Gross, et l'on sait que divers auteurs, et non des moindres, se sont rendus dans des services d'insulinothérapie avant d'organiser le leur, tels MM. Muller et Hoven qui sont allés à Vienne, M. Rubénovitch qui s'est rendu à son tour en Suisse, etc...

M. Bersot insiste également sur la nécessité d'un stage antérieur avant de se lancer dans l'expérimentation thérapeutique : « Le médecin qui veut entreprendre ce traitement doit au préalable s'être familiarisé avec cette méthode dans un asile où on la pratique. » A son tour d'ailleurs notre service de la clinique femmes reçoit nombre de visiteurs, médecins des hôpitaux psychiatriques ou internes des services libres des hôpitaux de Paris.

C'est d'autre part la nécessité pour le médecin de ne pas quitter la salle de traitement. « La méthode est extrêmement délicate et impressionnante. Elle nécessite une série de précautions minutieuses. Un médecin doit être constamment présent au lit du malade pendant toute la durée du choc qui peut survenir une demi-heure après l'injection », concluent MM. Guiraud et Nodet avec qui d'ailleurs tout le monde demeure d'accord. L'expérience a montré que, si ce traitement n'effraie plus aucun médecin, la présence de celui-ci à portée des infirmières et des malades demeure une condition *sine qua non*. Aussi serait-il actuellement souhaitable de voir dans les services de nos hôpitaux psychiatriques de véritables assistants de thérapeutique, surtout lorsque, et c'est encore le cas trop fréquemment, le médecin possède un service pléthorique. A Vienne, les assistants chargés de l'insulinothérapie sont à portée des malades dès 7 h. 1/2 du matin et y restent jusqu'à 1 heure de l'après-midi comme nous le fimes nous-même durant près d'un mois. Le Professeur commence lui-même la visite à 8 heures et demie et l'achève vers la même heure.

Le personnel infirmier. — Le personnel infirmier doit être de premier ordre du point de vue moral, et spécialisé du point de vue technique. Il doit être de premier ordre du

point de vue moral, car pour ne pas aggraver les chocs affectifs, les conflits du malade, pour aider à la psychothérapie, certaines qualités morales sont nécessaires. On sait l'importance de la psychothérapie. La bonne attitude des infirmières envers le malade en est une condition indispensable. L'infirmier doit avoir un esprit de dévouement complet pour les malades et de collaboration sincère à l'égard du médecin. Bien souvent l'esprit du personnel d'un service dépend de ses chefs, en l'occurrence de son ou de sa surveillante générale. En cas de malveillance ou d'incompréhension, il est indispensable de viser à accorder à un service aussi délicat le maximum d'autonomie. Nous avons pu juger combien les Viennois étaient favorisés sur ce point avec leurs infirmiers et infirmières demeurant 52 heures par semaine près de leurs malades avec un dévouement extrême et sans le moindre murmure à leur égard, ne voulant voir en eux, tout comme leurs chefs, que des malades.

Enfin le personnel doit être spécialisé du point de vue technique : la complexité, la gravité de ce choc qui va jusqu'au coma rend suffisamment compréhensible cette nécessité. Aussi le personnel préposé à des malades ainsi traités doit-il être fixe, stable, afin de permettre une action personnelle et bienfaisante et pour donner à chaque malade l'impression d'une réconfortante intimité, et non celle, déroutante, qui accroît les troubles possibles de l'orientation, d'un perpétuel va-et-vient de visages anonymes, amovibles, inexpérimentés et indifférents. C'est pourquoi d'ailleurs MM. Claude et Rubénovitch écrivaient ce qui suit (1) : « Il convient de choisir avec discernement le personnel chargé d'entourer les malades soumis à ce traitement : faute d'un personnel impeccable au point de vue de sa formation technique et morale, mieux vaut renoncer à tenter une cure qui, malgré l'application du médecin traitant, ne pourrait aboutir en définitive qu'à un échec. Il convient, et c'est là une condition nécessaire et non un luxe superflu, de créer autour des malades une atmosphère de sollicitude intelligente, de calme et de bien-être moral. Il serait dommage que les résultats péniblement acquis un matin risquent d'être anéantis le soir par l'intervention maladroite d'un infirmier ignare ou mal préparé pour une besogne délicate. »

En résumé, le traitement insulinaire, comme tout ce qui concerne la psychiatrie d'ailleurs, doit être envisagé comme un sacerdoce par le médecin, comme une mission pour l'infirmier.

(1) Semaine des Hôpitaux, 15 février 1937.

LA MÉTHODE

Nous n'avons pas en vue ici de retracer les données complètes. maintes fois reproduites, de la méthode de Sakel, mais seulement d'indiquer les modifications apportées à celle-ci et d'insister sur quelques points d'ordre pratique. On sait que Sakel a décrit au traitement quatre phases.

Avant d'entreprendre le traitement, quatre obligations sont strictement observées à Vienne :

— c'est d'abord la demande d'autorisation à commencer le traitement qui est toujours demandée,

— c'est la pratique d'un examen physique absolument complet, aidé de tous les examens spéciaux et de laboratoire le cas échéant,

— c'est encore l'étude de la glycémie,

— et, enfin, l'établissement d'un électrocardiogramme.

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS

Du résultat de ces examens découlent les indications et les contre-indications.

L'examen mental pose, par la forme clinique mise en évidence, la question de l'opportunité du traitement insulinothérapique tandis que l'examen physique impose les contre-indications.

L'opinion générale est que, si tous les cas de schizophrénie peuvent être justiciables du traitement par l'insuline, les formes paranoïdes paraissent les plus indiquées. Muller limite le traitement à certaines formes paranoïdes. Quant aux catatoniques, il les traite aussi « pour autant qu'ils ne sont pas en état de stupeur et de mutisme complets ». Quant aux formes périodiques, elles seraient rebelles au traitement pour nombre d'auteurs. MM. Claude et Rubénovitch sont aussi d'avis que le traitement « paraît donner des résultats favorables surtout dans les formes paranoïdes et se montrerait moins efficace dans les formes d'aspect démentiel (formes hébéphréno-catatoniques) ».

C'est une opinion assez partagée actuellement, mais ce qui paraît importer le plus, c'est l'ancienneté d'évolution de la maladie. L'insulinothérapie est une thérapeutique des états schizophréniques récents. C'est en raison de la nécessité de la mise en œuvre précoce de la thérapeutique que les contempteurs de la méthode tablant sur la possibilité d'erreurs de diagnostics et l'existence de rémissions spontanées refusent d'accorder à l'insuline le pouvoir que d'aucuns lui attribuent.

Depuis les nombreux essais qui ont été faits de toute part, cet argument ne convainc guère personne. Nous avons nous-même constaté la concordance des vues nosographiques de l'Ecole viennoise et de l'Ecole classique française. Anciens malades, rappelés à notre intention, comme malades en cours de traitement ont pu nous persuader qu'à Vienne tout au moins, il n'était pas fait un usage arbitraire et immodéré de la notion de schizophrénie.

Les *contre-indications* fournies par les renseignements apportés par un examen médical approfondi, reposent sur :

— l'état du cœur : toute cardiopathie doit entraîner la prudence et même l'abstention,

— l'hypertension,

— le mal de Bright,

— la tuberculose pulmonaire,

— le mauvais état général,

— les pyrexies et, dans l'ensemble, toute élévation de température : dès que la température dépasse $37^{\circ}2$, l'injection d'insuline est même suspendue jusqu'au retour à la normale.

L'âge, enfin, peut-être une contre-indication. Souvent les contre-indications physiques vont de pair avec un âge avancé. De toute façon la plus grande prudence sera la règle vers la quarantaine et les cas de mise en œuvre du traitement chez un sujet ayant dépassé 40 ans sont rarissimes.

Avant d'en finir avec la question des indications commandant la thérapeutique, il convient cependant de se demander si un tel traitement demeure sans inconvénient pour l'avenir des malades et si le fait de pratiquer chez eux de tels chocs n'est pas susceptible de provoquer à retardement des lésions et des troubles graves de l'organisme. Certains auteurs, qui demeurent cependant des chercheurs en thérapeutique, tels M. H. Baruk dont les idées à ce sujet sont connues, préfèrent s'abstenir de tout essai de ce genre dont les véritables répercussions sont encore inconnues de nous. Personnellement, nous reconnaissons parfaitement qu'il s'agit là, en conscience, d'un problème angoissant. Aussi, outre les indications posées par l'allure de la forme clinique, nous pensons que les traitements de chocs par l'insuline ou le cardiazol ne doivent être appliqués que lorsque la maladie est présumée incurable. Le contraire fausse les statistiques et ne paraît pas une attitude sage. En présence d'un état pour lequel on songe au traitement, il nous semble que le médecin doive se poser la question suivante :

Un psychiatre classique poserait-il un pronostic de chronicité ou d'incurabilité ?

Si la réponse paraît affirmative, il y a lieu de procéder à la mise en œuvre du traitement. Sinon, il paraît préférable de s'abstenir quitte à intervenir dès qu'apparaissent des indices de chronicité.

LES PHASES DU TRAITEMENT

La première phase est commencée normalement conformément aux premiers travaux de Sakel. Mais une seule injection quotidienne d'insuline est pratiquée, et non plus trois comme dans le début, notion encore trop souvent reproduite.

La deuxième phase ou Phase II de Sakel est actuellement bien connue.

Après un début où la première injection est de 10 unités, les injections s'élèvent quotidiennement de 10 unités. Ce n'est que à partir de 100 unités, que l'augmentation quotidienne est réduite à 5 unités.

Deux facteurs sont assez souvent considérés comme très favorables, ainsi que le souligne Mlle de Forstmayer à qui M. le Professeur Pötz confie les étrangers venant effectuer un stage pour étudier l'insulinothérapie.

Ce sont, d'une part, les sueurs. Les comas secs passent pour être moins favorables, plus dangereux que les comas humides sans que l'on soit renseigné pour cela sur la cause de cette constatation.

D'autre part, les cas avec excitation, état qui aiderait le malade à résoudre favorablement sa psychose.

Les indications de l'interruption précoce sont les suivantes et jamais il n'est passé outre :

C'est le cas des malades peu résistants. Il s'agit d'une interruption précoce prévue. Mais cette interruption peut être imposée d'urgence :

— par une attaque d'épilepsie qui peut survenir dans des conditions et selon un horaire très variable : Sakel a signalé qu'elle se verrait surtout dans les cas de « choc sec », Bersot estime qu'elle se voit également dans les cas de choc humide ;

— par des modifications du rythme cardiaque au cours du coma : passage brutal de la tachycardie en bradycardie ; de la bradycardie en tachycardie (120 à 160) ; arythmie ;

— par des troubles du rythme respiratoire que marquent : la dyspnée, les battements des ailes du nez, la cyanose ;

— par l'existence de contractions toniques (membres en hyperpronation) ;

— par un faciès inquiétant d'allure : faciès vultueux, rouge trop prolongé ou cyanosé, pâleur extrême ;

— par l'exagération ou la baisse intense de la tension artérielle.

La durée des comas n'excède jamais plus d'une heure et demie ; quelquefois $3/4$ d'heure ; d'autres fois $1/2$ heure. Le premier coma est toujours interrompu au bout d'une $1/2$ heure. C'est dire que l'école viennoise se trouve opposée au choc prolongé que d'aucuns réservent aux schizophrènes réfractaires à la cure habituelle et revêtant une forme hébéphrénique ou hébéphrénocatatonique.

S'il existe des cas à ménager, les comas atténués n'en sont pas moins à proscrire. On se contente alors de comas d'une $1/2$ heure seulement. L'opinion est qu'une telle pratique serait sans résultat et peut-être mauvaise.

En ce qui concerne le nombre de comas, malgré l'expérience déjà vieille de la Clinique de Vienne, il n'y a pas encore de règle fixe. Il peut s'agir parfois de 20, 40, 50 comas et plus.

La cure peut durer 3 mois ; elle est le plus souvent de 30 à 40 comas. Tout dépend des symptômes d'amélioration observés.

Paul Abély estime prudent de ne pas dépasser une trentaine de comas quitte à reprendre la cure quelques mois après.

Quant au traitement insuline-cardiazol, il est également pratiqué à Vienne. Mais cette cure combinée n'est guère réservée qu'aux malades ayant peur du cardiazol ; aussi le fait-on en période d'hypoglycémie. La cure d'insuline a lieu chaque jour sauf le dimanche ; le cardiazol est pratiqué deux fois par semaine sur ce fond de traitement insulinique. C'est là un procédé un peu différent de celui que décrivent, après Georgi, M. Gross et Mme Gross-May, où le malade est traité deux fois par semaine par l'insuline seule et deux fois par semaine par l'insuline et cardiazol combinés avec repos deux fois par semaine, chaque *lendemain d'application* du traitement combiné.

L'INTERRUPTION

Elle est uniquement pratiquée par la sonde œsophagienne. Celle-ci n'est nullement mise en place à l'avance ; mais seulement en temps voulu.

A cette sonde est adaptée une volumineuse seringue aspirante et foulante employée dans le but d'éviter une fausse route.

Deux temps sont nécessaires :

Une légère insufflation est d'abord pratiquée, sans trop de brutalité, pour décoller parois et tubes, puis une aspiration afin d'obtenir un échantillon de liquide gastrique, qui, répandu sur un papier de tournesol, présenté sur un haricot médical, virera au rouge immédiatement.

Quand il est impossible d'obtenir la moindre goutte de liquide, la palpation combinée à l'insufflation, par le frémissement gastrique qu'elle décèle apportera alors le renseignement recherché.

LE RESUCRAGE

Nous publions ci-contre le tableau de resucrage de la Clinique des Maladies mentales de Paris.

TABEAU DE RESUCRAGE
de MM. Claude et Rubénovitch

Unités d'insuline	Quantité de glucose		Quantité de solution à 60 0/0	
	min.	max.	min.	max.
—	—	—	—	—
5	7	15	15	25
10	15	30	25	50
14	25	45	35	75
20	30	60	50	100
25	35	75	55	125
30	45	70	75	150
35	55	105	80	175
40	60	120	100	200
45	65	135	115	225
50	75	150	125	250
55	85	165	135	275
60	90	180	150	300
65	95	195	160	325
70	105	210	175	350
75	115	225	185	375
80	120	240	200	400
85	125	255	215	425
90	135	275	225	450
95	145	295	235	475
100	155	310	250	500

A Vienne, une formule supplée à ce tableau, qui permet aussi de connaître instantanément la quantité de sucre à administrer par la sonde.

En principe, pour connaître les quantités de sucre à injecter pour un nombre donné d'unités d'insuline, on multiplie par 2 le nombre d'unités et l'on ajoute 20.

Exemple : si le malade a reçu 40 unités : $40 \times 2 + 20 = 100$ grammes de sucre ;

s'il en a reçu 80, la quantité sera de $80 \times 2 + 20 = 180$ grammes.

On voit que ces chiffres se trouvent à peu près situés entre la minima et la maxima des quantités de sucre indiquées dans le tableau ci-contre.

Il faut remarquer encore que tandis que l'on utilise dans le tableau précédent une solution glucosée à 80 0/0, celle que nous avons vu employer dans le resucrage par sonde était de 20 0/00, la préférence étant nettement donnée à une plus grande dilution.

Un demi-heure après la sonde, chaque malade reçoit alors :

- deux tartines de pain beurré,
- 1/4 de lait,
- une pomme.

Un repas copieux lui sera donné plus tard.

En l'absence de réveil au bout d'une demi-heure, mais jamais au delà, une injection intraveineuse d'osmone est alors pratiquée. (Rappelons que l'osmone désigne une solution de sucre à 33 0/0). En général 20 cm³ suffisent. Mais il n'y a pas de limites. Il faut répéter jusqu'au réveil les injections. On est d'ailleurs exceptionnellement obligé de dépasser 150 cm³. Dès qu'un malade apparaît comme se réveillant difficilement, on donne le lendemain, une demi-heure avant son administration, de la Bétaxine (vitamine B) en injection...

En outre, on observe bien souvent une véritable sensibilisation à l'insuline et, le fait est connu, le premier coma obtenu, les suivants surviennent avec une dose moindre, qu'il est possible de réduire parfois progressivement d'une façon notable.

La troisième phase de Sakel n'existe pas, ou si l'on veut n'existe que le dimanche. Tous les médecins demandent, paraît-il, cela à Vienne, à l'occasion de leurs voyages d'études (et ceux-ci sont nombreux si l'on en juge par le livre d'Or de la Clinique qui recommande d'ailleurs un stage minimum d'un mois).

Sakel se serait, paraît-il, insuffisamment exprimé à l'égard de cette phase, ne l'aurait que peu pratiquée. Elle ne répondrait guère qu'au dimanche, le seul jour de repos où le traitement soit interrompu ; autre différence avec le régime actuel de notre service où depuis longtemps le samedi et le dimanche sont réservés au repos des malades et des infirmières.

La quatrième phase est réduite à une courte administration d'insuline ne déterminant qu'une hypoglycémie sans gros choc pour éviter une cessation brutale de la thérapeutique.

LA PSYCHOTHÉRAPIE ASSOCIÉE

Elle apparaît de plus en plus comme fondamentale et le plus grand tact et la plus grande délicatesse président à Vienne à l'application du traitement. Chacun prête la plus grande attention à ne pas parler devant un malade de ses troubles, d'avancer en sa présence qu'il est halluciné, ou que son état empire par exemple, comme cela ne se voit encore que trop souvent parfois sous la forme d'un : « Elle est plus mal ce matin, Docteur ; elle est hallucinée ; elle est toujours désagréable et turbulente ; » propos qui doivent être formellement condamnés devant les intéressés soumis à l'insulinothérapie.

Que la psychothérapie apparaisse comme importante, ailleurs qu'à Vienne, il suffit pour s'en convaincre de parcourir la littérature déjà parue à ce sujet.

MM. Claude et Rubénovitch définissent même son importance dans une phrase lapidaire : « *La psychothérapie est au choc insulinique ce que le traitement médicamenteux est à l'impaludation.* Ce facteur psychothérapique nous paraît à tel point capital qu'il nous semble que de son existence dépend en grande partie l'issue du traitement. »

C'est au sortir de la période aiguë de la poussée qu'il faut intervenir, écrit M. Steck, « pour que les symptômes secondaires ne se stabilisent pas et ne deviennent pas de mauvaises habitudes difficiles à modifier. Même en admettant qu'on ne puisse pas modifier le fond, le substratum organique de la maladie, il est toujours possible de modifier, et cela profondément, la superstructure psychique ». Et cette thérapeutique psychologique apparaît à M. Steck comme capitale, car « le seul fait de s'occuper d'un schizophrène lui fait déjà du bien ». L'influence de la personnalité du médecin est d'ailleurs grande et M. Steck attribue, on le sait, à celle de Klaesi la plupart des succès que cet auteur a publiés.

Nous citerons encore M. Hoven qui déclare : « On ne doit pas négliger d'associer la psychothérapie à l'insulinothérapie ». MM. Tomesco et Constantinesco soulignent aussi qu'après le coma, « la prise de contact avec le malade nécessite une attitude spéciale de la part du personnel qui le soigne et impose une psychothérapie active au médecin ».

De même MM. Gross et Gross-May écrivent : « La psychothérapie pendant la cure est indispensable. En premier lieu, l'observation montre que le fait, pour le malade, d'être soigné physiquement, d'être entouré de personnel infirmier et de médecins, provoque chez lui une meilleure adaptation à l'ambiance, et, dans une certaine proportion, rompt l'autisme. »

Nous rappellerons encore cette phrase de MM. H. Bersot et M. Hoven : « On ne saurait trop insister sur la nécessité d'être aux écoutes psychothérapiques durant la cure insulinique journalière et encore durant les heures suivantes. »

On voit donc bien par ces citations combien la psychothérapie au cours et après insulinothérapie est apparue importante à nombre d'auteurs. Vouloir l'ignorer serait s'exposer sûrement à des déboires thérapeutiques.

Aussi dans son dernier rapport à la Société Médico-psychologique (1) Paul Abély a-t-il pu écrire à ce sujet ce qui suit, qui résume assez bien la pensée des Viennois et la nôtre :

« Tout le monde s'accorde pour reconnaître le rôle très important de la psychothérapie. Au sortir de chaque coma et de la fin de la cure le malade est particulièrement sensible au point de vue affectif. Il a besoin de douceur, de réconfort et aussi de distraction.

« Il faut le faire sortir le plus tôt possible, si son état le permet, et si le milieu social l'autorise et à défaut de sortie lui trouver une occupation quelconque. Ces malades demandent eux-mêmes à travailler et le travail leur fait un bien évident.

« Ils sont en général un peu étonnés et timides. Il y a intérêt à les rendre confiants et plus sûrs d'eux-mêmes. Il semble qu'il soit préférable de ne pas évoquer le souvenir des troubles passés. » L'examen de trois cas que cite l'auteur montre qu'un traumatisme évident a été à l'origine de leurs rechutes.

LES RÉSULTATS THÉRAPEUTIQUES

De bonne heure les résultats thérapeutiques ont paru incontestables aux médecins qui essayèrent également la méthode de Sakel et si le recul qui s'est déjà produit depuis la publication des premiers travaux a pu apporter la preuve que les améliorations n'étaient pas toujours définitives, la méthode n'en mérite pas moins d'être retenue et continuée. Les échecs de certaines

(1) Rapport à propos du traitement actuel de la démence précoce et d'autres psychoses par l'insuline et le cardiazol, Paul Abély, *A.M.P.*, mai 1939.

thérapeutiques en médecine générale ont-ils fait renoncer à l'emploi de ces traitements lorsque ces traitements étaient inefficaces dans quelques cas ? On sait qu'il est des cas de rhumatisme où le salicylate échoue, des cas de méningites aiguës où le sérum est inefficace, de syphilis où l'injection de sels de métaux divers est insuffisante. On continue cependant à traiter rhumatisants, méningitiques et spécifiques. Il semble qu'il doive en être de même pour les schizophrènes. L'efficacité du traitement, écrit Bauer, est indiscutable, mais tantôt les améliorations importantes ne se sont maintenues qu'incomplètement après la cessation du traitement, tantôt elles n'ont même pas duré jusqu'à la fin de celui-ci. C'est, on commence à le voir, la difficulté de stabiliser les malades dans leur amélioration qui demeure le problème essentiel à résoudre en présence de cas où le traitement a été suivi de succès.

Quant au traitement des insuccès, puisque les protagonistes de la méthode n'en nient pas l'existence, il demande lui aussi à être mis au point.

La cure prolongée ou renouvelée est la plus fréquemment utilisée à Vienne, mais jamais le choc prolongé n'est admis. Le choc insulinaire est considéré comme suffisamment sérieux pour n'être pas prolongé au delà d'une heure et demie. C'est là une condition permettant d'affirmer que le traitement n'est pas autrement dangereux.

La cure, combinée au cardiazol, est également utilisée. Malheureusement les insuccès sont en nombre encore trop élevé, et là comme à Paris, l'internement à l'asile est bien souvent de règle dans ces cas. Aussi le Steinhoff est-il tôt ou tard le réceptacle des déceptions.

Mentionnons au passage qu'il est parfois procédé au traitement « ambulant » des débuts de rechute ; les malades ayant leur domicile en ville viennent spontanément le matin au traitement. Inutile de dire que cette façon de faire est l'exception.

Les succès thérapeutiques sont cependant loin d'être négligeables. Muller, dans une première statistique personnelle portant sur 118 cas, a fourni la statistique suivante :

Rémissions complètes	47,46 0/0
Améliorations	24,57 0/0
Non influencés	23,96 0/0

Dans une seconde statistique, sur un total de 500 malades où la cure fut appliquée au cours de la première année des troubles, il a montré que les rémissions totales et sociales pouvaient atteindre

64 0/0. Si l'on englobe en outre les cas datant de moins de 18 mois, le pourcentage est alors de 69 0/0, tandis que celui des cas de plus d'un an est de 32 0/0, puis de 14 0/0 au delà de la deuxième année.

Paul Abély, dans la *Vie Médicale* (1), a estimé que la méthode « intéressante et digne d'être poursuivie donne, dans un tiers environ des cas, des résultats inespérés ».

Actuellement, toutes les statistiques sont d'accord pour confirmer que ce qui influe, c'est l'ancienneté de la maladie. Dussik et Sakel, dans des cas de moins de 6 mois, ont obtenu 70, 90 0/0 de rémissions, c'est-à-dire des états permettant le retour familial et la reprise normale des occupations et de la vie sociale.

Néanmoins, ainsi que nous le rappelons plus haut, depuis qu'un certain recul s'est fait, nombre de guérisons apparaissent comme ne tenant pas.

C'était déjà l'avis des médecins de Vienne lors de notre passage quand ils nous avouèrent avoir, tout compte fait, un certain nombre de déchets.

Il n'est d'ailleurs pas de jour où les médecins qui ont pratiqué l'insulinothérapie n'insistent sur la nécessité de stabiliser les malades et divers essais ont d'ailleurs été faits (vagotonine, phénidrine, etc.) ou sont encore en cours.

M. Paul Abély a également souligné très tôt le problème. Pour lui, il faut « instituer un traitement chimique ou autre, destiné à compléter et surtout à fixer le résultat obtenu. Par cette méthode, on voit même apparaître tardivement une amélioration que n'avait pas donnée immédiatement l'insuline ».

Rappelons que le traitement post-insulinique (2) de M. Paul Abély comporte trois étapes :

1° une série de 12 injections quotidiennes d'une ampoule de Biocholine en raison de la fréquence de la diminution sensible du taux de cholestérol sanguin chez les déments précoces ;

2° une série de 12 injections d'Hectine B, pour maintenir l'augmentation du poids ;

3° une série de 12 injections d'Extrait de lobe antérieur d'hypophyse à répéter après 15 jours de repos.

Toutes ces tentatives sont louables et bien souvent indispensables, mais, outre le traitement physique, qu'il soit chimique ou endocrinien, la nécessité d'une psychothérapie secondaire et d'une assistance sociale satisfaisante se fait sentir.

(1) Paul ABÉLY, Réponse à l'enquête de *La Vie Médicale*, 25 mai 1938.

(2) Paul ABÉLY, *La Vie Médicale*, loc. cit.

Il existe, à côté du problème médical lui-même, un problème social qu'il faudra un jour résoudre : c'est la question du changement de milieu de ces malades ; c'est celle de la nécessité de créer pour eux des maisons de convalescence comme l'Assistance Publique en possède au Vésinet ou à Saint-Maurice ; et aussi des centres de rééducation.

CONCLUSIONS

La méthode insulinothérapique, pratiquée à Vienne, apparaît comme un mode de traitement, plus impressionnant que réellement dangereux si l'on s'entoure de toutes les précautions voulues : perfection de l'installation, compétence et expérience éprouvée des médecins qui doivent toujours demeurer à proximité de leurs malades, spécialisation du personnel infirmier qui doit être de premier ordre. Ce traitement par les résultats certains qu'il apporte, et malgré les échecs que comporte inévitablement toute thérapeutique, mérite d'être poursuivi : mais il ne paraît pas être suffisant. Certains états schizophréniques rebelles relèvent d'autres thérapeutiques, peut-être parce que ces états sont eux-mêmes en relation avec des étiologies diverses. Certaines rémissions n'ayant qu'une durée éphémère, il paraît avéré qu'un nouveau problème se pose devant ces cas : celui de chercher à fixer la rémission, à stabiliser l'amélioration. C'est ce que cherchent actuellement la plupart des auteurs et nombre d'observations sont édifiantes à ce sujet, notamment les fréquentes réintégrations qu'observe à Sainte-Anne le Dr Xavier Abély, médecin de l'admission.

Pour cela, la psychothérapie, la chimiothérapie, l'opothérapie paraissent devoir jouer un rôle. Quelquefois même un problème social se pose qui est loin d'être négligeable. Un certain nombre d'insuccès secondaires dépendent de lui et il est possible d'espérer qu'une prompt assistance sociale des aliénés convalescents, dirigée médicalement, permettra aussi de diminuer la statistique des insuccès secondaires, plus ou moins tardifs.

SUR L'APPRÉCIATION DES RÉSULTATS DE LA CURE DE SAKEL

PAR

PAUL COSSA et BOUGEANT (de Nice)

Il est souvent malaisé de se faire une idée juste de l'efficacité d'une thérapeutique récente, et d'éviter l'excès d'enthousiasme comme l'excès de scepticisme. La méthode de Sakel n'a pas échappé à cet écueil. Il existe entre certaines statistiques françaises récentes (d'ailleurs fragmentaires) et les grandes statistiques autrichiennes ou suisses (celle de Muller par exemple) de telles discordances qu'on ne saurait en chercher la raison dans une banale différence d'interprétation. La lecture attentive des cas publiés nous a donné la conviction que le scepticisme actuel de beaucoup de nos collègues procédait des mêmes erreurs de méthode qui ont été les nôtres à nos débuts (en 1936). Ces erreurs, nous ne les avons reconnues et corrigées que dix-huit mois plus tard, et seulement par l'étude personnelle, faite à Vienne même, des techniques et des malades de MM. Pötlz et Dussik. Nous espérons, en précisant ici nos critiques, éviter à certains d'entre nous d'avoir à faire une aussi longue route pour aboutir à une appréciation plus exacte de la découverte de Sakel.

I. CHOIX DES MALADES

Nous avons été fort surpris de trouver cette phrase dans une publication récente: « Nous nous sommes attachés à dessein à traiter presque exclusivement des cas chroniques, seuls offrant une garantie de diagnostic, et seuls capables de renseigner sur l'efficacité d'une méthode. » Une telle conception nous paraît constituer une double erreur :

Erreur de méthode scientifique d'abord : Les auteurs autrichiens et suisses, qui ont une longue avance sur nous, ont montré

que la méthode de Sakel, très active quand la maladie datait de moins de six mois, l'était encore suffisamment quand elle datait d'un à deux ans, et que, même au-delà de cette ancienneté, elle pouvait donner des guérisons réelles. Limiter l'application de la cure aux cas anciens, c'est donc fausser la statistique autant que la limiter aux cas récents.

Pour parer au reproche de ne devoir les rémissions qu'à des « bouffées délirantes » (1) susceptibles de guérisons spontanées, il suffit d'apporter un certain nombre de cas de guérison de malades anciens : Or, tous les auteurs qui ont une réelle expérience de la méthode comptent de ces cas parmi leurs malades. Nous en avons publié un nous-même (*Annales médico-psychologiques*, juin 1939) qui comptait sept ans de maladie, quatre ans d'activité délirante intense et trois ans de gavage à la sonde. Qu'on puisse guérir de tels malades suffit à prouver que la thérapeutique de Sakel peut ce que n'a jamais pu aucun autre traitement. Quoi d'étonnant à ce que ces mêmes malades, traités plus tôt, guérissent mieux et plus vite ?

D'ailleurs, même s'il était prouvé (ce qui n'est pas) que 70 % des déments précoces guérissent spontanément, il ne serait pas sans intérêt pour eux (ni pour leur situation, ni pour leur bourse, ni pour leur famille) d'être rendus en quelques mois à la vie normale par l'insuline, plutôt que de mettre quatre ou cinq ans à le faire tout seuls.

Erreur de pratique médicale ensuite : Voilà une maladie qui (sauf dans les rares cas où une étiologie certaine peut être établie) échappe jusqu'ici à nos efforts de traitement. On nous apporte une méthode thérapeutique dont les promoteurs eux-mêmes soulignent qu'elle agit d'autant mieux qu'on l'applique plus vite. Et nous refuserions aux malades récents le droit d'en bénéficier ? Sous quel prétexte ? Que le diagnostic n'est pas certain ? Mais sauf dans les formes de transition, trois mois d'évolution suffisent largement à l'établir. Que le malade guérirait peut-être tout seul ? Mais la tuberculose pulmonaire guérit

(1) Ce diagnostic de « bouffée délirante » fait écarter du traitement bien des paranoïdes à leur début. Nous pourrions citer tel halluciné que nous nous propositions de traiter au début de 1938. L'intervention d'un de nos collègues lui évita « cette thérapeutique de cheval », inacceptable devant une « simple bouffée délirante » (qui datait déjà de 4 mois pourtant). Il est toujours halluciné. Nous avouons préférer, quant à nous, au remords d'avoir laissé sans secours un tel malade, le regret — bien léger — de traiter éventuellement, sans dommage pour eux, quelques malades qui auraient peut-être guéri seuls.

toute seule bien plus souvent que la démence précoce ! Et que penserait-on d'un phtisiologue qui attendrait que ses malades aient évolué dix-huit mois pour faire de la collapsothérapie, sous prétexte que la bonne nature suffira peut-être ?

Armés et instruits par les thérapeutiques nouvelles, nous croyons qu'une notion s'imposera de plus en plus en psychiatrie — notion qui paraîtra révolutionnaire à certains — la notion d'urgence. Il n'est pas indifférent, pour l'avenir mental d'un malade, qu'il ait déliré six semaines au lieu de six ans : plus la maladie dure, et plus les constructions pathologiques poussent des racines profondes, dont l'arrachement demandera plus de temps, plus d'efforts, et partant plus de traumatismes thérapeutiques ; davantage aussi risque de s'accroître la chute de niveau psychique, le déficit intellectuel si minime au début, et dont l'irréductibilité probable nous commande de ne pas le laisser s'établir, encore moins progresser.

II. MODE D'APPLICATION DE LA CURE

Notre étonnement n'a pas été moindre de lire, dans le même travail, que la moyenne des comas avait été de douze par malade, de trois ou quatre pour certains ; et, dans tel autre, qu'il avait été de quinze. Nous ne croyons pas qu'on ait le droit de dire que l'on applique la méthode de Sakel, quand on méconnaît aussi délibérément une de ses prescriptions les plus explicites. Dans les « Règles provisoires » éditées par la Clinique du Professeur Pötlz en 1936 (Frostig rédacteur), il est dit : « Si le résultat du traitement a été atteint, ou s'il ne s'est pas produit après CINQUANTE chocs, on interrompt »... Dès 1936 donc, l'Ecole Viennoise admet qu'avant cinquante chocs on ne peut pas conclure à l'inefficacité de la méthode. Les mêmes « Règles » édictent encore plus explicitement : « Des vérifications ont montré sans ambiguïté que le nombre de 15 chocs en moyenne doit être considéré comme insuffisant ». ...Plus tard, la statistique de Müller exprime clairement que les maisons suisses qui comptent les meilleurs résultats sont celles qui font le plus grand nombre de chocs à leurs malades et que les rechutes se sont toujours produites chez des patients ayant subi moins de cinquante chocs. Nous-même, nous avons observé jusqu'ici quatre rechutes, dans la quinzaine suivant la fin de la cure, et toujours chez des malades pour lesquels la guérison apparente avait conduit la famille à exiger, contre notre gré, la fin brutale de la cure aux environs du trentième choc. Il arrive d'ailleurs que la rémission mette

bien plus longtemps à se manifester : chez la malade citée plus haut, l'amélioration, amorcée au 55^e choc seulement, a été suivie d'une rechute au 76^e. Pour obtenir une guérison complète et stable, il a fallu aller jusqu'à 141 chocs profonds associés à 24 petits chocs et à 35 crises par le cardiazol (au total 194 jours d'insuline ; 151 h. 15 de vrai coma ; 7.930 unités).

De tels cas sont heureusement l'exception. Il reste que la moyenne des malades demande (suivant les auteurs autrichiens et suisses, et suivant notre propre expérience) entre trente et cinquante chocs. On n'a pas le droit de conclure plus tôt à un échec : serait-il licite de conclure à l'inactivité de l'arsenic dans la syphilis après trois injections de 0,15 de Novar ?

III. EXPRESSION DES RÉSULTATS

Pour que les statistiques soient comparables entre elles, il faut qu'elles soient rédigées de la même manière. Aussi d'autres détails techniques sont-ils importants à exprimer : nombre de jours et d'heures d'insuline ; nombre d'heures de perte de conscience ; nombre de chocs sans coma ; doses d'insuline ; qualité de l'insuline. A ce propos, nous avons dit ailleurs que l'insuline même qui est employée à la Clinique de Vienne nous avait paru préférable aux insulines françaises courantes. Ajoutons que, récemment, les laboratoires de l'Endopancrine ont bien voulu nous préparer une insuline spéciale qui se comporte exactement (choc, coma et chute de glycémie) comme les insulines danoises. Il faut aussi ne pas dissimuler les incidents comme les accidents. Nous avons publié les nôtres : en 1936, alors que nous connaissions mal la technique, apprise seulement dans des articles de journaux, nous avons eu deux morts par œdème aigu du poumon, ce qui a momentanément arrêté notre expérimentation de la méthode. Nous avons repris celle-ci le 1^{er} janvier 1938, après étude personnelle faite à Vienne même. Depuis, nous avons donné plus de trois mille comas sans accident. Une franchise totale est nécessaire si l'on veut jauger à leur valeur (minime mais réelle) les possibilités du danger.

Il faut enfin apprécier les résultats suivant des critères communs à tous : Après Pötzl, Dussik, Frostig et Müller, nous appelons :

1. Rémission complète, les cas où l'on trouve les quatre critères suivants :

a) disparition complète des symptômes de dissociation ;

b) rétablissement d'une affectivité normale et de la « faculté de modulation » ;

c) critique parfaite de la maladie ;

d) reprise d'une activité professionnelle de même niveau qu'avant la maladie.

2. Rémission complète (ou amélioration sensible), les cas où l'un de ces critères seulement fait défaut.

3. Amélioration partielle, les cas où certains symptômes de la maladie disparaissent isolément et ceux où l'on observe une diminution d'intensité des divers symptômes, mais sans disparition.

MM. Pötzl, Frostig, Dussik et Müller ont adopté un modèle de tableau statistique, fort commode. C'est celui que nous avons utilisé dans notre premier article (*Annales médico-psychologiques*, janvier 1939), en y ajoutant simplement deux colonnes pour les crises cardiazoïques associées. Comme nous n'avons aucune paternité à revendiquer, nous pouvons recommander sans réticence l'emploi de ce tableau : mieux que tout autre, il permettra la comparaison avec les statistiques étrangères.

Nous n'ignorons pas les difficultés énormes que représente la cure insulinique dans les milieux asilaires ; ni le courage que son emploi demande à nos collègues des asiles. Nous admirons ceux d'entre eux qui l'emploient dans de telles conditions. Suivre plus strictement les prescriptions de Sakel exigera d'eux plus de travail, de souci et d'angoisse encore, mais nous sommes persuadés qu'ils guériront ainsi des malades inguérissables autrement.

ENNUI ET CONCUPISCENCES

ENNUI ET ASTHÉNIE

PAR

R. BENON

Les considérations psychologiques et psycho-cliniques qui suivent sont destinées, surtout, à montrer les relations de l'ennui avec les états passionnels, avec les concupiscences, et à le dégager du syndrome asthénie musculaire et psychique, car en vérité asthénie et ennui ne sauraient guère coexister.

Et d'abord quels sont les caractères propres de l'ennui de vivre ? Il apparaît comme étant fait de deux états, susceptibles de se succéder ou non, d'abord de désirs plus ou moins irréalisables, puis d'absence totale de désirs. Tous les sujets s'ennuient, dont les aspirations, les penchants, les tendances, les inclinations (systèmes d'idées et d'émotions) sont difficiles ou impossibles à réaliser. Empêchés d'agir, contrariés dans leurs désirs, ils souffrent de contention, de refoulement, s'affligent de leur misérable situation. En proie essentiellement à des appétits fantastiques, saisis de tentations incroyables, portés à l'envie de biens extraordinaires et inaccessibles, sujets concupiscent, voluptueux, de type amodéen, ils sont malheureux de voir leur vie plus petite que leur rêve. Ils conçoivent clairement ou confusément ce qu'ils voudraient ; ils mettent en parallèle leurs espoirs et la réalité, et jugent alors de l'immensité des disproportions. Voyant l'infini de leurs appétits, de leurs envies, considérant le fini de leurs jouissances ou le petit nombre de choses qui restent en leur pouvoir, ils sont accablés de leur infortune, de leur médiocrité, de leur néant. Ceux dont l'imagination est riche de souvenirs, capable de subtiles constructions, éprouvent, un moment, du plaisir à leurs rêveries et évocations étranges, mais le retour à l'existence « quotidienne » leur est, bientôt, de nouveau, grandement douloureuse. Selon la forme de leur libido, de

leur état passionnel, ils auraient le goût de l'action : ils sont arrêtés par les obstacles qui se dressent devant eux, et leur vie, contrariée, reste nulle. Lorsqu'ils agissent et lorsqu'ils ont possédé l'objet désiré, ils retombent dans l'ennui parce que chez eux l'amour, pauvre et rusé (l'amour fils de Pauvreté et d'Expédient, disaient les anciens), l'amour désire toujours autre chose que ce qu'il a. Mais l'ennui de vivre le plus typique, l'ennui définitif, l'ennui vrai, peut-être, c'est l'ennui qui affecte ceux qui ont goûté, satisfait des plaisirs variés, et qui souffrent désormais de l'absence d'appétits, de désirs. Cet ennui-là, c'est la mort du désir. De tels sujets ont subi des déceptions, uniques ou multiples. Ils éprouvent le vide de l'âme, le vide de la vie. Chez eux ne persiste pas même le vague des passions. Les choses de ce monde sont sans *intérêt*. Plus rien ne leur dit, plus rien ne les attire. « Combien fastidieux, usés, vulgaires, stériles, dit Hamlet, me semblent tous les biens de ce monde ! » Ceux qui ont satisfait tous leurs désirs, toutes leurs envies, ceux dont la satiété a développé la lucidité, éprouvent le plus vaste, le plus complet dégoût de la vie. L'ennui de vivre, le pur ennui « n'a d'autre cause que la vie elle-même, et d'autre cause seconde que la clairvoyance du vivant... Rien de plus morbide en soi, de plus ennemi de la nature que de voir les choses comme elles sont. Une froide et parfaite clarté est un poison qu'il est impossible de combattre. Le réel à l'état pur arrête instantanément le cœur... » (P. Valéry). La vie sans espoir, la vie sans objet, donc la vie sans désir, sans passion, voilà qui crée le supplice, le martyre de l'homme qui s'ennuie. Les concupiscences spirituelles, variées, subtiles, ne mettent pas mieux à l'abri de l'ennui, semble-t-il, que les concupiscences matérielles. On ne peut pas dire, croyons-nous, que l'ennui de vivre est un mal sans matière, une convoitise sans matière (Vladimir Jankélévitch), un mal sans forme (Alain) : la vivacité des concupiscences, ou la mort des désirs sont motifs de douleur morale trop nettement caractérisés. On ne saurait davantage dire que l'ennui est le mal de la possession : l' amoureux qui s'ennuie après la possession, poursuit un autre objet et ce sans arrêt ; lorsque le désir chez lui est mort, l'ennui de vivre est plus grand encore. On a dit aussi que dans l'ennui, le « réel » recule ; il y a pourtant chez l'homme qui s'ennuie une dure réalité : des concupiscences infinies ou bien l'absence totale de désirs.

Quelles émotions accompagnent spécialement l'ennui ? Dans la première forme, ou même peut-être dans la première phase de l'ennui, qui est celle du désir de jouissances infinies, d'aspi-

rations plus ou moins refoulées, dominées, on observe soit de l'énervement exprimé (mauvaise humeur, irritabilité), soit de l'énervement contenu (mutisme, bouderie, endo ou ésotérisme), soit du chagrin, de la tristesse, de vagues regrets des biens perdus. Secondairement à ces émotions afflictives, quelquefois vives, on notera de l'asthénie, de l'abattement, de l'hypoïdéation, de la confusion dans les idées, mais cette asthénie est toujours accessible et épisodique. Dans l'ennui, on observera encore de la joie, quelquefois une joie excessive, souvent incomprise de l'entourage, par exemple à l'idée de posséder un bien entrevu, de se procurer des plaisirs, des joies non éprouvées. Après l'accès de joie, le sujet revient à sa douleur morale parce que l'objet possédé ne lui a pas donné la « sensation » recherchée, ou tout simplement parce que, à la longue, de la source même des plaisirs s'élève quelque chose d'amer :... « medio de fonte leporum / surgit amari aliquid... » Et le sujet se renferme en lui-même, absorbé dans de sombres pensées. Dans la seconde phase, phase de l'ennui complet, quelquefois définitif, phase du grand tragique de l'ennui, on constate une sorte de résignation calme, froide en apparence, douloureuse en réalité. Le désintérêt de toutes choses, le dégoût des plaisirs de la vie, produisent encore de l'énervement sous ses diverses formes, du chagrin, de la tristesse, mais plus jamais de joie, puisque l'existence est sans désir, sans objet. Devant le néant de la vie, le sujet n'est pas indifférent, comme pourrait l'être un sage, un philosophe ; il est profondément malheureux. Dans ces cas, les plus typiques, d'ennui avec inactivité consciente, totale, douloureuse, qui marque la fin des concupiscences, on appellerait volontiers l'ennui, une séquelle, un reliquat d'états passionnels.

Les réactions de l'homme qui s'ennuie varient suivant la période à laquelle il se trouve. Avant la mort du désir, l'individu qui souffre de l'ennui se livre maintes fois, passagèrement ou d'une façon répétée, à des gestes extravagants, hautement fantaisistes, incroyables pour le commun des mortels. Il recherche le plaisir dans des jeux subtils ou pervers, dans des spectacles étranges, cruels, anormaux. Ces plaisirs de débauche avide et fastueuse une fois satisfaits, l'individu retombe dans la douleur (*quod in ipsis floribus angat : angat*, idée de douleur, de serrement, non pas d'anxiété). Dans l'ennui profond, chronique, par absence de tout désir, l'homme s'isole, fuit le monde, quelquefois se renferme en lui-même, plus souvent parle, proteste, exprime son dégoût de la vie, dit la vanité des choses désirées, proclame le néant de leur teneur, tend au suicide et se suicide.

Le suicide par ennui pur, du moins dans les pays d'Occident, paraît pourtant rare : le sujet n'a plus de désirs, mais il semble se complaire dans cette situation qui satisfait un certain orgueil ; il raille l'action, il se désintéresse des choses de la vie, mais il continue de vivre.

Le développement de l'ennui est lié à la banalité, à la monotonie des choses de la vie, à la satiété, à l'épuisement des appétits, au prétendu manque de variété des joies humaines. Le sujet nourrit un amour exalté de la vie ; il a une connaissance précise de la richesse de ses ressources inventives, et cette richesse lui semble comme inépuisable. Mais aussi peu à peu ou très vite, il a conscience de ce qu'il y a en lui d'indigent, de borné, de médiocre : il ne sait plus, il ne peut plus, jouir des plaisirs que lui offre l'existence humaine. S'il est vertueux, et la vertu étant plus monotone que le vice, il ne croit plus en rien, vit sans but, sans espoir ; s'il est vicieux ou simplement de tendances vicieuses, il va dire hautement son dégoût de la vie. — Un état de faiblesse nerveuse physiologique, constitutionnelle ou acquise, ne contribue pas au développement de l'ennui vrai, qui frappe les forts comme les malingres. La fatigue non plus ne crée pas l'ennui, si épuisante et si monotone que soit la tâche imposée ou librement exercée. — L'ennui n'est pas entré dans le monde par la paresse (La Bruyère) : la paresse est une variété d'état passionnel : l'ennui est une séquelle de passions diverses. L'ennui, — anomalie plutôt exceptionnelle et ne fait pas de l'ennui qui veut, — est propre à la nature, à la constitution de certains individus. *Quid* des relations de l'ennui avec le temps ? Elles sont secondaires parce que le temps ne pèse, à l'homme qui s'ennuie, que parce qu'il ne peut réaliser ses désirs ou parce qu'il voit le néant de sa vie : dans le premier cas, il vit dans l'attente du bonheur et le temps lui dure ; dans le second, il mène une existence de martyr, puisqu'il n'espère plus rien.

L'ennui, a-t-on dit, est un signe de grandeur, un signe d'activité intellectuelle supérieure. Léopardi en particulier écrit que l'ennui « n'appartient qu'à ceux en qui l'esprit est quelque chose... Plus l'esprit a de pouvoir en quelqu'un, plus l'ennui est fréquent, douloureux et terrible ». Buffon avait déjà déclaré : « L'ennui, ce triste tyran de toutes les âmes qui pensent, contre lequel la sagesse peut moins que la folie (les extravagances)... » Pascal, lui, le méprisait : « Quand on se verrait même à l'abri de toutes parts (des pauvretés et des misères de la vie), l'ennui, de son autorité privée, ne laisserait pas de sortir du cœur où il a des racines naturelles (les concupiscences), et de remplir l'esprit

de son venin. » L'ennui, avec l'envie qui tenaille le sujet, est peut-être davantage un signe d'orgueil qu'un signe de grandeur, un signe d'orgueil de la vie non satisfaite. En vérité, l'ennui a ses nuances, comme tout état complexe, parce que dans chaque cas d'ennui bien caractérisé, il y a un élément personnel ou individuel.

Au point de vue de la durée, il faut considérer deux formes d'ennui, l'ennui épisodique ou passager, l'ennui prolongé, chronique et parfois définitif. L'ennui épisodique, intermittent, c'est l'ennui des Romantiques, au début du xix^e siècle: Chateaubriand, Benjamin Constant, Vigny, et encore Musset, Flaubert parfois, Baudelaire surtout, mais aussi, et avant ces auteurs, Senancour dans son livre *Obermann* (1804). Chez tous, sauf chez Senancour, l'ennui de vivre est bien comme un signe de grandeur intellectuelle. Ce n'est pas cependant l'ennui pur, ce n'est pas l'ennui des sommets, c'est l'ennui comme à flanc de coteau si on peut dire. En effet, le *René*, de Chateaubriand, est un héros, le héros de l'ennui, l'homme qui se pare de sa douleur et qui aspire à une plénitude de vie, totale, élevée, supérieurement. L'ennui chez Benjamin Constant, Vigny, Baudelaire, a été plus profond, plus vrai peut-être, celui de Flaubert plus atténué, bien que son roman *Bouvard et Pécuchet*, soit un livre douloureux. Mais tous ces auteurs avaient une telle passion de la littérature, de si hautes et si nobles aspirations, qu'on ne peut jamais penser que la vie fût pour eux sans objet, sans espoir. Ils avaient sans doute de brèves périodes d'ennui : leur goût des lettres, des arts, les mettaient à l'abri de la douleur de l'ennui pur et de l'inaction. Leopardi, un des grands poètes de la détresse humaine, est celui qui paraît avoir le mieux vu et le mieux exprimé l'essentiel de l'ennui vrai, durable, chronique, quand il a précisé que l'ennui est la mort du désir : « Maintenant tu te reposeras pour toujours, mon cœur fatigué. Elle a péri, l'erreur suprême que j'ai cru éternelle pour moi. Elle a péri. Je sens bien qu'en nous, non seulement l'espoir mais le *désir* des chères erreurs est *éteint*. Repose-toi pour toujours. Tu as assez palpité. Aucun chose ne mérite tes battements, et de tes soupirs la terre n'est pas digne. Amertume et ennui, voilà la vie... » La mort du désir, la vie sans objet, la conscience pénible de cet état, tel est l'ennui même.

Le cas de Senancour mérite quelques considérations particulières. Senancour (Etienne-Pivert de) est mort à 76 ans (1770-1846). A 19 ans il se sauvait de Paris, en Suisse, parce que sa famille le destinait à l'état ecclésiastique : il y aurait été malade (affec-

tion de nature indéterminée, anémie possible, constitution fragile ?). Il se maria en 1797, eut une fille l'année suivante et perdit sa femme en 1800. Il avait publié l'année précédente (1799) un livre de *Réveries* (sur la nature primitive de l'homme), inspiré de pur rousseauisme. Son livre sur l'ennui (*Obermann*) est de 1804. Dans la suite, il publiera encore six volumes, le dernier en 1833. *Quid* de l'ennui chez Senancour ? Il a présenté de l'ennui vrai, de l'ennui durable, prolongé, mais non pas définitif. Chose digne de remarque, dans ce livre spécial, il ne fait aucune allusion à la Révolution française, à son mariage, à la naissance de sa fille, à la mort de sa femme. (Signalons toutefois que nous n'avons eu en mains que l'édition de 1833, avec préface de Sainte-Beuve, mais édition expurgée.)

Doit-on considérer comme une auto-observation le livre de Senancour ? C'est probable. Mais peu importe pour nous. Ce qui est curieux, c'est de trouver dans *Obermann* mieux que dans *René*, l'essentiel de l'ennui, l'ennui pur en quelque sorte. Le texte est assez diffus, mais les idées et sentiments exprimés sont à l'analyse claires et bien détaillées. Obermann est l'homme à la recherche du bonheur, il a des passions, des concupiscences saines, non pas une seule ; il a des aspirations normales, et il voit sa vie sans objet. Il a le sentiment de plaisirs infinis, il a du goût pour la nature, pour les arts, il a des espérances, des illusions, des enthousiasmes, et il voit sa petitesse, son infirmité humaine. Le vide de la vie est l'état qui l'obsède le plus. Il ne connaît point la satiété, et partout il trouve le vide. Il sent tout le néant qui l'environne. Il trouve le présent inutile et devant lui toujours l'intolérable vide. « Quelle destinée que celle où les plaisirs ne sont plus ! » Il voit la vanité de la vie et cependant il « porte en son cœur l'ardent principe de ses plus vastes passions ». Il a besoin du bonheur, il va jusqu'à croire qu'il aura des désirs satisfaits, or tout l'a trompé. Il est condamné à « attendre » la vie. Il sait que la nature « contient toutes choses », et pourtant elle ne semble pas contenir ce que cherchent ses désirs. La distance est grande « du vide de son cœur » à l'amour qu'il a tant désiré. Il veut un bien, une espérance, qui soit toujours devant lui, et plus grande que son attente. Il a des besoins sans bornes, des besoins comprimés. Il lutte, il ne veut pas que les désirs s'éteignent : « le silence absolu serait plus sinistre encore ». Tout a passé devant lui, tout l'appelle et tout l'abandonne. « Il n'y a plus de contact ». Il a vingt-sept ans (année de son mariage dont il ne dit mot, or ce fut une union trouble), et les beaux jours ont passé. Son cœur est vide et navré. « Si la vie du cœur est un néant agité, ne vaut-il pas mieux la laisser pour

un néant plus tranquille ? » Assuré de ne pouvoir rien, il cherche au moins le repos. Il n'a plus de passions : que mettre à la place de cet infini qu'exige sa pensée ? Le malheur est dans le néant de la vie. « La *perte* vraiment irréparable est celle *des désirs*. » Sans désirs, que faire de la vie ? « Qui rendra des désirs à ma vie ? » Il sait que le jour qui se prépare va marcher sur la trace du jour qui s'écoule... Il ne sait ce qu'il est, ce qu'il aime, ce qu'il veut : on ne peut trouver le repos quand on est consumé de besoins. Il ne peut s'attacher à rien. Toujours attendre et ne rien espérer. « C'est la lente agonie du cœur. » « Le temps coule uniformément. » Il se lève avec dégoût, se couche fatigué, se réveille sans désirs, s'enferme, s'ennuie... Il a des besoins démesurés et il ne sait pas employer sa journée. Il se fait à l'uniformité de l'ennui... Les mois changent, les années, et sa vie est la même. L'ennui de la vie fut son seul sentiment dans l'âge où l'on commence à vivre. « L'homme supérieur voit toujours au delà de ce qu'il est et de ce qu'il fait. » Pourquoi vivre, pourquoi se perpétuer ? Le sentiment de sa destinée l'élève et l'accable. Rien ne l'occupe, rien ne l'attache, il se sent encore « suspendu dans le vide ». Faut-il ici-bas, dira-t-il enfin, suivre l'enchaînement des désirs ? « Que faire donc ? Je crois qu'il ne m'est donné que d'écrire. »

Chez cet homme qui a connu l'ennui de vivre, chez ce voluptueux au fond, qui explique bien son état, on note des épisodes de joie, de joie modérée, de jouissance saine, arrangée parfois, sans grand artifice pourtant. Il jouit de la surprise d'un spectacle nouveau. Il admire la beauté sublime de l'aurore. Il exprime que nul homme n'a éprouvé (devant le prestige des lieux de la Suisse) ce qu'il a senti. « Une heure de vie peut valoir une année d'existence. » « Comme l'âme s'agrandit quand elle rencontre de belles choses, et qu'elle ne les a pas prévues ! » Il a trouvé sur les rives (d'un lac) ce bien-être mêlé de tristesse qu'il préfère à la joie. Il a vu le plus beau spectacle que l'aurore puisse produire. Mais il s'ennuie en jouissant. Il lit, il s'instruit, mais son désir de s'instruire se refroidit. Il se surprend à imaginer les hommes heureux. Il va (dans les bois) comme un homme qui veut jouir. Il a des moments où il se voit plein d'espérance et de liberté. Il évoque la femme aimée. Il cherche la cause de la « volupté de la mélancolie ». Écrire à un ami ce qu'il éprouve adoucit sa peine : son plaisir est de lui conter son état. Il discute volontiers art, poésie, mode, religion, philosophie... Il passe des heures agréables à Chassel sur un étang. Il prend plaisir à la recherche des fraises dans les bois. Il a participé à une réunion intime où le rire fût sincère. Il a entendu deux voix de femmes

sur les eaux d'un lac dans la nuit (plaisir reçu, plaisir donné). Il se voit heureux avec une épouse, un enfant, un ami, quelques biens, mais une chose encore lui manque, et il ne sait au juste laquelle, etc. A noter chez cet être qui s'ennuie l'absence totale d'anxiété. Il parle une fois de l'inquiétude « que des besoins longtemps comprimés ont mis à la place des désirs », mais l'angoisse durable fait défaut chez lui. Il tend à la tristesse, non pas à l'anxiété.

L'asthénie (musculaire et psychique) fait certainement défaut chez l'*Obermann* de Senancour. Quelques notes de l'auteur y font songer, mais il est aisé de les expliquer. « On voulait, dit-il, que je fisse ce qu'il m'est impossible de faire bien. » Il refusait simplement d'accepter la profession ecclésiastique. Il offrit successivement à son cœur « ce que les hommes cherchent dans les divers états qu'ils embrassent », mais parce qu'il sentait en lui le fini des désirs. Il dira encore : « J'ai été longtemps dans la stupeur, je regrette de m'être éveillé. » La stupeur, ici, est seulement la non-connaissance. Et puis : « Je suis las de mener une vie si vaine. » « Je ne suis pas souffrant, je suis abattu. » Mais il précisera curieusement : « Quelle faiblesse me retient quand je me sens une énergie dont l'effort réprimé me consume. » Il revient sur la lassitude : « Je suis las, et dans ma lassitude, je trouve qu'on est pas mal quand on se repose. La vie m'ennuie et m'amuse... » S'il a présenté de l'asthénie par intervalles, ce ne peut être qu'une asthénie épisodique et accessoire.

Son tempérament, sa constitution le portaient à l'ennui. Il fut timide, pusillanime dans sa jeunesse. Ses penchants, ses désirs étaient ordinaires ; il n'imaginait rien hors de la nature. Le vide de sa vie l'accablait et il pensait bien que ce mal, ce principe, était en lui. Quelle fut la durée de ce mal chez Senancour ? Il semble qu'il se soit dissipé à l'âge adulte. Ses œuvres postérieures, sa longue existence en témoignent. On a justement fait remarquer que l'ennui d'*Obermann* différerait de l'ennui de René : il y a de la modestie, de l'austérité chez le premier ; de l'orgueil, de la vanité chez le second. L'un est calme, humble, replié sur lui-même ; l'autre bruyant, exubérant, chevaleresque, glorieux.

L'ennui est à différencier d'un certain nombre d'états, les uns pathologiques, les autres non. L'ennui n'est pas la mélancolie, la mélancolie vraie. Celle-ci naît de l'idée obsédante d'un malheur subi, d'une perte éprouvée ; elle est caractérisée par un chagrin vif et durable (épigastralgie intense), avec regrets, repentirs, remords, souvent avec délire d'auto-accusation et anxiété sura-

jeutée. La nostalgie, variété de mélancolie, ne saurait être confondue avec l'ennui, et pas davantage les syndromes mélancoliques dus à d'autres causes qu'à un chagrin précis. L'ennui n'est pas l'hypocondrie. L'hypocondrie-type (crainte de maladies inexistantes, uniques ou variées, communes ou extravagantes) est toujours en relation avec des sensations, localisées ou diffuses, éprouvées par le patient ; elle s'accompagne d'inquiétude, d'angoisse, de chagrin, avec ou sans idées délirantes (hypocondrie minor et hypocondrie major). Les syndromes hypochondriaques, qui coexistent avec une maladie quelconque, ne sont pas davantage de l'ennui. L'ennui est à différencier spécialement de l'*asthénie* (ou de la neurasthénie dans le sens exact et primitif de ce mot, donc de l'épuisement nerveux, musculaire et psychique, avec ou sans tendances mélancoliques et hypochondriaques).

Le diagnostic de l'ennui et de l'*asthénie* offre un certain intérêt. Les auteurs qui ont écrit sur cet état particulier qu'est l'ennui parlent maintes fois d'abattement, de fatigue, de dépression, de langueur, et de ce fait quelques-uns déclarent que l'ennui provient d'un sentiment de lassitude, d'impuissance, de faiblesse. Dans l'ennui pur, typique, il n'y a pas d'*asthénie*, ou l'*asthénie*, lorsqu'elle existe, est un phénomène accessoire et transitoire. Senancour, qui exprime certainement ses propres idées et sentiments dans *Obermann*, était sans doute un homme de caractère et de tempérament faibles, mais il n'a jamais été un *asthénique* à proprement parler, et naturellement Chateaubriand, Vigny, Baudelaire, Leopardi, pas du tout. D'abord, dans cette question, il faut distinguer l'*asthénie* constitutionnelle et l'*asthénie* acquise. Dans l'*asthénie* congénitale (et aussi dans l'*asthénie* acquise au cours des premières années de la naissance), le sujet parvenu à l'âge adulte a une connaissance précise, aiguë presque, de sa situation musculaire et psychique ; tout naturellement il est peu enclin aux désirs qu'il ne saurait satisfaire ; il sait se ménager ; il est plus ou moins affecté de son impuissance, de sa faible résistance, mais la connaissant bien par comparaison avec celle des autres il ne manque pas de borner ses appétits, de modérer ses désirs. L'*asthénie* constitutionnelle, *asthénie* de faible intensité toujours, prédispose-t-elle à l'ennui ? C'est douteux. Était-ce le cas de Senancour ? Rien dans *Obermann* ne permet de le démontrer sûrement : quelques allusions, rares d'ailleurs, à une certaine lassitude de la vie, à l'abattement, sont négligeables et traduisent des états ou sentiments purement épisodiques. Enfin il a vécu jusqu'à 76 ans ; mais cette objection n'a qu'une valeur relative. Dans l'*asthénie*

acquise, au cours de l'adolescence, à l'âge adulte (asthénie prolongée et passagère, asthénie périodique ou intermittente, asthénie chronique et incurable), le dégoût de la vie, le manque absolu d'attrait pour toutes choses, sont maintes fois extrêmement accusés : ils s'expliquent par l'état de faiblesse générale et primitive du sujet, par l'abattement du corps, par la lourdeur d'âme, la confusion dans les idées, le vide de l'esprit. Le patient a des désirs, quelquefois même très vifs, des désirs réalisables, non point extravagants ; il voudrait faire telle tâche, accomplir tel acte : il en est incapable ; un besoin impérieux de repos se produit chez lui au moindre effort, physique et cérébral. Il a conservé la passion d'un certain travail, objet de sa vie : il ne saurait plus désormais l'accomplir. Il souffre moralement de cette situation, s'énervé, fait du chagrin, de l'anxiété. Tout cela n'a rien de commun avec l'ennui vrai, typique : il y a chez le patient un fond essentiel d'épuisement nerveux général avec fatigabilité rapide. Rappelons que la dépression physique ne va jamais sans l'asthénie psychique ou hypoïdiation (ralentissement des idées, amnésie d'évocation).

L'ennui ne saurait être confondu avec les obsessions-phobies : il est extrêmement rare d'entendre ce mot dans la bouche d'un parathymique anxieux. Au contraire, les obsédés-impulsifs, les obsédés avec appétits variés (sexuels ou autres), lorsqu'ils sont empêchés de satisfaire leurs besoins, leurs plaisirs spéciaux, souffrent, s'ennuient, par énervement contenu, et pour arriver à se procurer les jouissances enviées, ils ne manquent pas de s'ingénier à vaincre tous les obstacles qu'ils rencontrent. Leur vie n'est pas sans objet ; ils ne connaissent pas l'ennui vrai. Ces obsédés impulsifs, toujours à la recherche du plaisir, ne sont pas pratiquement des malades comme le sont les obsédés phobiques ou parathymiques anxieux. L'ennui n'est pas l'indécision observée chez les scrupuleux, les timides, les douteurs, les asthéniques, tous abouliques, mais de types divers. Il y a une « folie du doute » bien spéciale, nettement caractérisée. L'ennui n'est ni le pessimisme, ni l'indifférence. Le pessimiste voit tout en noir, est porté à l'anxiété, au chagrin, et consécutivement à la colère ; il tend au désespoir, mais il a ses raisons plus ou moins précises ; on peut le voir joyeux si, pour lui, un espoir surgit à l'horizon. *Quid* de l'indifférence dans l'ennui ? Marque-t-elle le début de l'ennui ? Non, puisque le sujet est rongé de désirs, d'aspirations, d'envies. Caractérise-t-elle l'ennui après que le sujet a saisi la vanité de la vie ? Pas davantage. La mort du désir n'est pas l'indifférence. L'homme souffre terriblement, qui voit le vide de sa vie, sans but, sans idéal, sans illusions, sans concu-

piscences, sans croyances, sans la moindre idée ou le moindre espoir d'une éclaircie, d'une belle journée, d'une belle aventure. L'ennui n'est pas l'égotisme, sorte d'état passionnel caractérisé par la culture appliquée, quotidienne, des idées, des émotions, des sentiments, des gestes, personnels, par la jouissance qui résulte de ce raffinement chez certains intellectuels hyperémotifs, orgueilleux ou modestes. Souci de perfection sincère ou dilettantisme superficiel, cette culture de la personnalité psychique et aussi du moi corporel, ce narcissisme, ce besoin d'analyse propre, font que la vie n'est pas sans objet, vide de sens et de désirs. On peut se demander si, chez Senancour, humble, faible, résigné, aussi bien que chez Chateaubriand, fier, puissant, glorieux, il n'y a pas une tendance égotiste, et alors le vrai, le pur ennui serait bien celui de Léopardi, poète de la grande douleur, poète du désespoir. Dans toutes les libido, dans tous les états passionnels, spécialement dans les concupiscences de la chair et de la vue (libido sentiendi : gourmandises, toxicomanies, luxe et débauche), l'ennui constant, vif, résulte de la satiété, de la monotonie des plaisirs : il peut se compliquer de désirs stupides et irréalisables ; il peut aboutir enfin à la mort du désir. Tous les sujets dits pervers (perversions morales, perversions sexuelles), tous les sujets dont la vie est faite des fameux péchés capitaux, connaissent la douleur de l'ennui, et pour le chasser cherchent dans de hautes et absurdes extravagances la satisfaction de leurs inclinations, souvent terribles, toujours antifamiliales et antisociales. L'ennui par douleurs morales (chagrins, contrariétés, vexations, inquiétudes), et aussi l'ennui par douleurs physiques et maladie, n'ont rien de commun avec l'ennui véritable : les ennuis dissipent l'ennui. L'ennui qui résulte de la « vie quotidienne », cet ennui qui nécessite les distractions, les amusements de la foule (circences), cet ennui « du haut en bas de l'échelle », raillé par Paul Hervieu, est peut-être une ébauche de l'ennui vrai, mais il est si épisodique, il se dissipe si rapidement dès le retour à la tâche de chaque jour, qu'il est en vérité quelconque et vain. Y a-t-il un ennui sans raison ? Il ne semble pas. L'ennui est toujours motivé. L'ennui dit sans raison est l'ennui dû au vide de l'âme, au vide de la vie. En général, il est sans durée, et il cache simplement des états passionnels vagues, des penchants obscurs, des aspirations refoulées et plus ou moins confuses. *Quid* des relations de l'ennui avec l'ironie, la moquerie, le persiflage ? « L'ironie, a dit A. France, est la joie de la sagesse. Elle serait trop sombre sans ce petit éclair : car au fond la sagesse est amère et triste, et porte en elle une sorte d'abnégation et de résignation. » Raillerie, signe de tendance à

l'ennui, signe de cette idée de supériorité intellectuelle dont il a été parlé ? C'est possible. Signe aussi d'un léger degré d'énervement contenu et petite joie ou joie intérieure qui résulte de l'exercice de l'ironie. L'ennui paraît avoir des rapports certains avec l'orgueil, avec l'égotisme, mais l'orgueil de la vie, la « libido sciendi », état passionnel, divers, vaste, mobile, comme l'homme lui-même, n'est pas l'ennui.

Y a-t-il un ennui collectif, social, national ? Il semble qu'il se dégage de certains faits : ici, appétits extravagants ; là, mort des désirs, des idéals et décadence. Ennui des écoliers et des étudiants par emploi du temps banal, dépourvu d'intérêt et de vie ; ennui des jeunes et des adultes à cause de la monotonie d'une tâche imposée ; ennui des artistes, d'où les productions extravagantes de certains groupements ; ennui des savants devant l'effort trompé, la recherche longue et vaine ; ennui des militaires et idée de la guerre fraîche et joyeuse ; cafard des combattants en présence de l'immobilité quotidienne ; ennui des religieux dans les cloîtres, etc. : il y a un ennui collectif, ennui des groupes, ennui des classes sociales, d'où la nécessité des divertissements. Il appartient aux chefs de peuples d'en atténuer les effets, de le combattre, de le dissiper, en maintenant le niveau moral toujours assez élevé. Cet ennui social ne saurait atteindre l'intensité de l'ennui individuel : toutefois il porte en lui des éléments catastrophiques.

Faut-il dire pour terminer que l'ennui de vivre peut donner naissance à des maladies nerveuses et mentales telles que : asthénie prolongée et chronique, simple ou compliquée, délires variés, démence précoce, psychoses périodiques ? Ce sont cas morbides plus ou moins complexes.

Ce court essai sur l'ennui doit être fort incomplet. Je souhaite qu'il incite quelque psychologue ou quelque neuro-psychiatre à refaire une étude détaillée et objective de cette question : la tâche lui sera longue et agréable. L'ennui est un mal intellectuel et un mal de l'activité. On pourrait le définir : l'état psychique et émotionnel de l'homme qui n'a plus de désirs, qui en a eus d'infinis, qui les a satisfaits ou non, et qui souffre d'une vie sans objet, sans intérêt, à jamais vide d'action. L'ennui vrai, l'ennui pur, est l'absence ou la mort du désir. La relation de l'ennui avec les états passionnels doit être considérée comme un fait capital. Quant à l'asthénie nerveuse générale dans l'ennui, lorsqu'elle se manifeste, elle est toujours accessoire et épisodique.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du Jeudi 13 Juillet 1939

Présidence : M. LAIGNEL-LAVASTINE, président

En ouvrant la séance, le Président adresse les félicitations de l'Assemblée au D^r Jean DELAY, médecin des hôpitaux de Paris, *membre correspondant national de la Société Médico-Psychologique*, qui vient d'être nommé professeur agrégé à la Faculté de médecine.

PRÉSENTATIONS

Aux confins de l'obsession et du délire. Thèmes de possession et pseudo-hallucinations visuelles dans un syndrome encéphalitique, par MM. J. VIÉ et P. RAUCCOULES.

Ceux d'entre nous qui ont vécu l'époque de l'épidémie encéphalitique n'ont certainement pas oublié le caractère obsédant des manifestations mentales. Pourtant, lorsqu'on recherche dans la littérature la place des obsessions dans les diverses formes cliniques, on reste frappé par le petit nombre des travaux qui en font mention. Depuis le rapport de Truelle et Petit (1922), nous ne relevons guère que trois présentations à la Société de Psychiatrie (1). Aussi avons-nous cru intéressant de vous montrer cette

(1) DUPOUY et HYVERT : *Fugues obsédantes et E.E.* (18 février 1926) ; CLAUDE, BARUK et LAMACHE : *Obsessions-impulsions* (20 octobre 1927) ; HEUYER : *Syndrome de dépersonnalisation* (20 mai 1930).

jeune femme qui nous paraît atteinte d'encéphalite épidémique, bien que l'épisode initial nous échappe. Chez elle, l'obsession domine, mais au delà de l'obsession, elle présente des phénomènes de la sphère visuelle qui confinent à l'hallucination, des thèmes de possession, des crises « d'enféromanie » qui atteignent les frontières du délire, et l'apparentent à la jeune possédée encéphalitique dont MM. Lhermitte et Beaudouin vous rapportaient récemment l'histoire (1).

Renée Ch., née à Bruxelles en 1904, est confiée par sa mère à des religieuses qui l'élèvent. D'une intelligence vive, elle acquiert le brevet à 16 ans, puis apprend la sténo-dactylographie. A 19 ans, elle devient secrétaire à l'armée du Rhin, et épouse un agent militaire en 1924. Elle a déjà un enfant issu d'une relation antérieure ; un second enfant naît du mariage. Un an après, le ménage est déjà malheureux ; Renée trompe son mari qu'elle trouve trop rustre. Le divorce est prononcé en 1931, aux torts de la femme, pour inconduite et troubles du caractère ; cependant, le mari épouse sa bonne, gardant avec lui les deux enfants que notre malade n'a plus revus.

Dès son retour à Paris, elle entre en relations avec un homme de 55 ans dont la mort, deux ans après, la plonge dans une crise de mysticisme.

En 1933, à la faveur d'un voyage à Bruxelles, elle se lie avec des spirites, et, en dépit de sa piété, se livre quelque temps à l'occultisme. Elle traverse alors une série d'élans mystiques, de périodes d'indifférence religieuse, d'inconduite, d'exaltation imaginative ; elle fréquente des guérisseurs, elle a « l'inspiration » qu'elle possède un fluide bienfaisant capable de passer dans les liquides : ainsi découvre-telle *l'eau fluidifiée*, véritable « panacée universelle », qui, pour un temps, fait d'elle aussi une guérisseuse. Mais elle ne paraît pas en avoir tiré profit ; les manifestations de la maladie se précisant, elle ne peut plus travailler que par intervalles, elle est de plus en plus déprimée et inquiète. De mai 1937 à janvier 1938, elle est hospitalisée à Henri Rousselle où elle entre à nouveau le 7 décembre 1938, « présentant un état dépressif avec idées délirantes de possession et de domination ». Elle est internée le 8 décembre et depuis le 10 décembre se trouve dans notre service de Maison-Blanche.

I. *L'encéphalite épidémique.* — Renée Ch. présente des *signes physiques* évidents d'encéphalite épidémique. On est frappé d'emblée par l'attitude soudée de la malade, la perte des mouvements automatiques des membres supérieurs pendant la marche, le faciès figé, la lenteur habituelle des mouvements. Une légère asymétrie faciale

(1) LHERMITTE et BEAUDOUIN : Un cas de démonopathie. *Société médico-psychologique*, 24 avril 1939.

s'accroît dans le rire qui bientôt se fige. Le regard est fixe, le clignement rare, avec des secousses de la paupière supérieure, les mouvements du globe oculaire sont lents.

Au niveau des membres existe une hypertonie diffuse prédominant au membre supérieur droit, l'écriture est pénible. Il existe un léger tremblement.

Les réflexes tendineux sont vifs, au membre supérieur droit et au membre inférieur gauche, affaiblis au membre inférieur droit.

Les réflexes pupillaires normaux à la lumière sont paresseux à l'accommodation ; l'inégalité pupillaire est nette en mydriase ; la convergence est presque nulle.

Les réflexes de posture du biceps sont augmentés. En station debout, lors de l'occlusion palpébrale, se produit une rétro-latéro-pulsion à gauche. Renée se plaint aussi de vertiges.

Le pouls varie entre 80 et 86 ; le réflexe oculo-cardiaque le fait tomber à 68, le réflexe solaire à 72. On compte 20 mouvements respiratoires à la minute.

Enfin, notons des troubles vaso-moteurs et sécrétoires : bouffées de chaleur avec vasodilatation de la tête et du cou ; crises de larmoiement ; salivation abondante lors de la parole ; gêne de la déglutition avec impression de sécheresse irritante du larynx. La malade est bien réglée.

L'examen radiologique de l'appareil digestif (Dr Misset), pratiqué à l'occasion de troubles subjectifs (brûlures d'estomac), a révélé de curieuses anomalies : le foie, très peu développé en largeur, présente des dimensions verticales considérables, comme s'il était entièrement basculé à droite. L'estomac paraît avoir subi une rotation sur lui-même qui le divise, par un pli, en deux étages : à gauche, énorme poche à air qui comporte un bas-fond avec rétention ; à droite, la portion verticale longe le bord du foie de telle sorte que l'antrum pylorique se trouve placé directement au-dessus et en avant du bulbe.

La ponction lombaire n'a fourni aucune indication (albumine 0,20, cellules 0, Bordet-Wassermann négatif), non plus que l'examen du sang (réactions humorales négatives).

Sur les premiers stades de l'encéphalite, Renée ne peut apporter aucune précision : elle n'a eu que des maladies banales de l'enfance, varicelle, coqueluche, rougeole. Son ami actuel, qui la connaît depuis quatre ans, nous dit qu'en 1934 elle présentait déjà les troubles physiques actuels. Le début serait donc antérieur et il est vraiment tentant de relier à l'encéphalite les péripéties nombreuses, les troubles du caractère et du sens moral présentés par la malade depuis dix ans.

II. *Les phénomènes obsédants et « l'enféromanie »*. — Renée s'est présentée, dès le début, comme une déprimée inactive, inquiète, par moments anxieuse, avec des troubles psychiques polymorphes de caractère nettement obsédant. L'analyse en est complexe, car les troubles fondamentaux sont remaniés par un appoint imaginaire et

auto-didactique considérable, qui déborde de beaucoup la participation affective réelle : Renée ébauche un sourire alors qu'elle expose ses pires tourments.

Les premiers jours, la malade désirait l'isolement, refusait toute occupation, demi-somnolente, se confinait dans ses rêveries, avait de fréquentes crises de larmes. Il a fallu l'exhorter vivement pour qu'elle se lève, participe à de menus travaux ménagers. Encore le moindre malaise est-il un prétexte à regagner son lit. Ses nuits sont parfois troublées par des « cauchemars fantasmagoriques ».

L'inquiétude présente des exacerbations paroxystiques d'anxiété dans lesquelles la malade a l'impression d'être folle et damnée : « Quand ça me prend, explique-t-elle, je vois l'enfer partout, je ne réalise plus, je me confonds avec les choses, puis ça me tortille dans l'esprit, j'ai l'impression que je ne peux faire un mouvement, je suis complètement annihilée dans mon corps et ma volonté. » A cette hantise obsédante, Renée a donné le nom très expressif d'*enféromanie*.

C'est la manifestation obsédante majeure. Mais elle se plaint encore « d'agoraphobie » qui chez elle est surtout une peur de la foule : « Quand je suis au milieu de la foule j'agonise tout le temps, moralement bien entendu. Je suis gênée quand on me regarde ou que je crois qu'on me regarde. »

Elle ne cesse de songer à la gravité de son état et elle est souvent en proie à la crainte de la mort. « Bourrelée de remords pour les troubles de sa vie passée, et redoutant la souffrance physique », elle a demandé à Dieu toutes les « souffrances morales ». Mais elle ne les supporte pas sans doléances, qui redoublent lors de la visite médicale.

Ses sentiments que Renée décrit, verbalement et par écrit, en termes bien adéquats, reproduisent la gamme des états des psychonévrosés, avec une nuance d'énormité qui les relie aux conceptions des mélancoliques.

Dès 1933, le sentiment de *présence* s'est imposé à elle après une séance d'occultisme. L'esprit de son ami décédé récemment était auprès d'elle et facilitait sa tâche. Depuis 1934, lors d'une nouvelle liaison, cet esprit bon cède la place à des forces malignes, qui ont acheminé la malade vers le *sentiment de possession*. « L'entité est en moi, dit-elle, je la sens qui annihile ma volonté, je suis hantée comme une maison. » Durant les trances de l'enféromanie : « Ça la tortille dans le cœur, dans l'esprit, dans l'âme avec une impression de subjugation, d'obsession, de possédée en un mot. » Cependant, elle ajoute aussitôt : « Je ne crois pas avoir, comme on en voit dans les livres de démonologie, un petit diable dans le corps avec une fourche, et elle emprunte une explication au spiritisme : ce n'est que par le périsprit que l'on peut être possédée. Par contre, les troubles cénesthésiques et moteurs confirment l'idée de possession : ses membres crissent, quelqu'un déglutit après elle, la suit, elle a l'impression que quelqu'un respire à sa place, elle a des mouvements automatiques

intelligents qui ne paraissent pas venir d'elle, car il y a de la malignité en eux.

Renée, dans ses paroxysmes, a l'impression d'entrer en communication avec le monde, de *s'identifier à des choses*, à un manteau par exemple. Elle a eu l'impression qu'elle deviendrait chaque être vivant dans le futur et qu'elle ressentirait leurs souffrances jusqu'à leur putréfaction. Elle sent qu'elle devient chose, qu'elle devient terre, et cela lui paraît éternel.

En effet, tous ces troubles s'accompagnent à la fois du *sentiment de vide et du sentiment d'énormité, d'infini* : « J'ai l'impression, dit-elle, que mon cerveau est comme vide, je ne me sens plus en moi, je ne puis faire un mouvement, hagarde, paralysée, je ne me rends pas compte du temps qui s'écoule. » Le temps est suspendu, donc infini, ses tourments seront éternels. « Il y a des nuits, la vie me paraît un siècle. » Il est impossible de souffrir davantage pour un être humain. « J'ai des idées terrifiantes d'éternité, c'est drôle, je n'envisage pas la mort, je crois que je vivrai éternellement. Il me semble que je fais les mêmes gestes qu'il y a des millions de siècle et cela me donne le vertige. » Ces états sont ineffables. Les mots manquent, il faudrait des mots spéciaux, et puis quand je suis devant quelqu'un, malicieusement, on dirait que je ne puis m'expliquer. Elle a l'impression que personne ne se rend compte qu'elle est dans un enfer qui est une chose personnelle et individuelle, pourtant elle passe par des affres et des agonies lancinantes et terribles. En dépit de ces sentiments étranges, Renée conserve une conscience assez exacte de son état. Elle admet que le facteur maladie intervient, que c'est par un affaiblissement qu'elle est là, que son état peut provenir de l'encéphalite : « J'ai toutes les formes de folie, sans être folle, ajoute-t-elle, car j'ai une lucidité effrayante. »

III. *Les phénomènes visuels. Découverte des « petites têtes »*. — Sa propension à l'analyse, à l'introspection continuelle l'amène à « trop percevoir les détails des choses », et peut-être s'exerçant dans le cadre de l'onirisme encéphalitique, cette tendance explique-t-elle le phénomène pseudo-hallucinatoire qui rapproche le plus ce cas du délire.

Depuis plus de quatre ans, Renée distingue, sur tous les objets qu'elle regarde, de petites têtes. « Seule avec l'esprit qui ne me quittait plus, j'eus l'inspiration de regarder une feuille de papier blanc, je vis une tête humaine, je me pris à regarder de plus près, je vis des tas de petites têtes humaines s'enchevêtrant les unes sur les autres, les yeux d'une grosse tête formant une autre tête jusqu'à ce qu'elles soient invisibles à l'œil nu, mais avec un compte-fils grossissant douze fois, je pus voir encore des têtes. »

Sur ce point, la conviction de la malade est absolue. Elle considère avoir fait une découverte scientifique « fantastique » ; elle entreprit des démarches auprès de M. Jean Perrin, de l'Académie des Sciences

de Bruxelles et de Berlin ; elle envisage, à partir de ses « petites têtes », une véritable théorie cosmogonique, les petites têtes sont « comme la quintessence des morts ». Après la décomposition des corps, cette quintessence recueillie par les plantes, l'eau, la terre, imprègne tout et se manifeste à nos yeux sous forme de figures humaines. Plus les têtes sont petites, plus la mort est ancienne. » Et de conclure : « On peut en voir partout, sur le papier, sur notre corps, il y en a des millions sur nos mains, etc., et c'est une véritable obsession et ça devient hallucination, surtout quand mon acuité visuelle m'en montre partout. »

Il est impossible d'interpréter le tableau clinique sans tenir compte des « sources » de la malade. Une riche superstructure idéatoire, spirite et mystique a fourni une abondante matière aux troubles morbides dus à l'encéphalite. Elevée dans un couvent, Renée a, plus tard, fréquenté des groupes spirites. Lors de retours à la religion, elle s'est fait exorciser. Elle a beaucoup lu, et ses tendances auto-didactiques sont favorisées par le contact de son ami actuel, ingénieur doué d'une intelligence nettement originale. Aussi est-il très difficile de préciser la situation des faits observés par rapport à l'obsession et au délire. Ils occupent les confins des deux séries. Tous les sentiments de présence, de dépossession, de vide, de communion, d'ineffabilité appartiennent à la série classique de la psychasthénie, et paraissent ici nettement secondaires à l'encéphalite épidémique ; avec les idées d'énormité, d'éternité, d'infinité, nous abordons le vocabulaire mais non le fond du délire mélancolique. Malgré ses remords légitimes, Renée n'a pas attenté à sa vie ; malgré son angoisse terrifiante, elle agrmente toujours d'un sourire le récit de ses malaises. Restent les idées de possession et les fameuses « petites têtes ». Il semble que l'apport intellectuel spirite et mystique soit très important pour les premières. Pas plus que la malade de Heuyer et de Mlle Serin, beaucoup moins riche au point de vue imaginatif, elle ne présente aucun phénomène d'automatisme mental vrai. Les troubles cénesthésiques et les mouvements automatiques apportent une base assez élémentaire au thème de l'entité maligne.

Quant aux « petites têtes » nées sans doute de l'onirisme et peut-être des troubles de la convergence (actuellement encore limitée) et voisines des hallucinations lilliputiennes signalées jadis par MM. Roger, Reboul, Lachaux et Poinso (1), elles n'ont

(1) Comité médical des Bouches-du-Rhône, juin 1925 : *Encéphalite épidémique, avec hallucinations lilliputiennes et idées de persécution.*

en tout cas plus à l'heure actuelle le caractère d'hallucinations vraies.

Nous nous demandons même si elles méritent encore le nom de pseudo-hallucinations, ou si elles ne relèvent pas simplement de l'imagination représentative.

Sur le trouble organique de la régulation psychique, corrélatif du trouble de la régulation tonique et sécrétoire, il est curieux d'observer, du fait de l'encéphalite, ces états intermédiaires aux deux séries de l'obsession et du délire, que l'on trouve si rarement rapprochées dans la clinique courante.

M. GUIRAUD. — Les auteurs attribuent à l'encéphalite épidémique les symptômes extra-pyramidaux présentés par cette malade. C'est peut-être aller trop vite en l'absence de tout commémoratif d'atteinte infectieuse des centres nerveux. L'encéphalite épidémique n'a pas le monopole d'atteindre le mésocéphale et les noyaux gris. On peut être affirmatif pour la localisation des lésions mais pas pour leur cause. L'intérêt du cas est le paralélisme de l'atteinte de la régulation motrice et mentale, défaut de mise en marche, arrêt, barrage, etc.

M. COURBON. — Comme le fait remarquer M. Guiraud il faut n'attribuer au syndrome parkinsonien qu'une valeur localisatrice et non une valeur étiologique. Des lésions de nature très différente mais localisées dans la même région mésocéphalique se traduisent par le même syndrome. Une communication de M. Alajouanine à la dernière séance de la Société de Neurologie, suivie d'une intéressante discussion, a posé pour ce syndrome le problème du diagnostic entre la maladie par virus poliomyélitique de Heine-Médis, la maladie par virus encéphalitique de von Economo et la maladie par virus exotique nouveau.

Mais la nature même du syndrome parkinsonien de la malade de Vié semble avoir une importance minime. C'est l'existence même du syndrome qui importe et son retentissement sur l'état mental.

M. VIÉ. — L'épisode initial de l'encéphalite ne peut pas être repéré, c'est le syndrome clinique qui nous a fait porter le diagnostic d'encéphalite, encéphalite dont nous pouvons dire qu'elle n'est pas syphilitique mais dont nous ne pouvons identifier la nature.

Ce qui caractérise l'automatisme mental de la malade, c'est sa corrélation avec les troubles moteurs qu'elle présente. La malade

garde la conscience du caractère pathologique de ses troubles mentaux, ce qui la distingue des sujets atteints de psychose hallucinatoire chronique.

Quant aux « petites têtes » qu'elle croit retrouver sur les images ce ne sont pas des hallucinations vraies. Elles sont plutôt le fait d'une vive imagination représentative. On pourrait leur appliquer la phrase de Jérôme Cardan : *Video quæ volo, non oculis, sed mentis.*

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — La communication de M. Vié est très intéressante. Et je lui signale comme indication bibliographique la thèse de Dupitout, élève d'Arnaud, sur les rapports de l'obsession et du délire, thèse parue peu avant la guerre.

Syndrome polynévritique de Korsakoff avec mal perforant plantaire, par M. P. GUIRAUD, M^{lle} M. MICUCCI et M. G. OUDOT.

A la dernière séance de la Société, MM. Marchand et Dupouy ont présenté un malade atteint de psychose de Korsakoff avec mal perforant plantaire. Cette complication, quoique prévue théoriquement par Déjerine, est extrêmement rare puisque MM. Marchand et Dupouy n'en ont retrouvé aucune autre observation dans la littérature médicale française. Cependant Wexberg dans le *Traité de Neurologie* de Bumke et Færster (volume IX) rapporte que Wertheim Salomonson dans le *Traité de Lewandowsky* cite quelques observations de polynévrites de Korsakoff avec mal perforant publiées par Romberg, Diefenbach, Duplay, Sonnenburger. Par une coïncidence curieuse, au moment où Marchand et Dupouy présentaient leur malade nous avions dans le service un cas identique que nous vous présentons aujourd'hui.

Mme R. L. est une femme de 29 ans malade depuis 1935. Elle s'est aperçue qu'elle avait les pieds sensibles, elle éprouvait des douleurs, des picotements, des crampes dans les mollets. La famille et le médecin trouvent facilement la cause de ces troubles. Mme R. habitait depuis 1931 chez son beau-père, débitant de boissons, et consommait du Porto en grand excès. Un régime plus sévère et un séjour de trois mois à la campagne l'améliorent légèrement ; mais, dès son retour, elle recommence à prendre du Porto, du Bordeaux et autres vins généreux ; rapidement, elle souffre de nouveau des jambes et se sert même difficilement de ses membres supérieurs. Elle est soignée à

l'Hôpital Foch pendant quelques mois. Elle part chez des parents en Italie 14 mois, dès cette époque elle ne pouvait plus marcher. En octobre 1938 le mal perforant a commencé : le gros orteil gauche s'est mis à enfler, il était, déclare le mari, plus gros que maintenant. La malade est envoyée par sa famille dans divers hôpitaux et maisons de santé, mais chaque fois elle recommençait à boire quelques jours après son retour à la maison.

Il est facile de retrouver tous les autres symptômes de l'éthylisme chronique : inappétence, cauchemars, vomissements matinaux depuis longtemps.

La malade entre dans le service le 23 mai avec les diagnostics suivants :

« Etat confuso-déméntiel avec amnésie, désorientation, confusion mentale. Atrophie des membres inférieurs, abolition des réflexes. »

Elle est très affaiblie, paraplégique, et répond très lentement aux questions.

« La date de ma naissance ? Je suis tombée du ciel en 1910 (exact). Ou ? Je ne sais pas ! Quel mois ? Mai (inexact, en janvier). Ici, je suis sur le cœur... Qu'est-ce que c'est ? Je ne sais pas ! C'est ce Monsieur qui m'a amenée ici. Je suis dans les lieux, je ne sais pas ce que je fais. Ici, c'est une Eglise, ces dames sont en train d'arranger pour moi, c'est l'Eglise Saint-Vincent. J'entends parler ici. On est en train d'arranger le jugement de ma vie. J'ai ça dans la tête, mais je ne le vois pas. Je suis peut-être folle, je ne sais pas. La nuit je ne dors pas bien, oui je rêve. Dans un rêve j'avais soif, dans un rêve j'ai vu un revolver, non on ne m'en voulait pas. Ils m'ont fait mal. »

.....
A une question : « Connaissez-vous ce Monsieur ? » (l'interne), elle répond : « Oui, c'est un extra, c'est Maximilien. » Fausse reconnaissance d'un employé occasionnel du débit de boissons.

Elle termine fort justement la conversation par ces mots : « J'ai peut-être trop bu. »

Etat physique très précaire, grand amaigrissement, atrophie musculaire généralisée, mais prédominant aux membres inférieurs, ankylose en équin des articulations tibio-tarsiennes.

Réflexes rotuliens presque abolis des deux côtés, achilléens inexplorables à cause de l'ankylose. Ce qui reste des masses musculaires ne semble pas douloureux à la pression. La sensibilité au contact est diminuée, sensibilité à la piqure abolie à la face interne des deux jambes. Sensibilité au froid et au chaud très diminuée aux membres inférieurs. Aux deux pieds et aux deux tiers inférieurs des jambes, nombreuses cicatrices pigmentées résultant d'ulcérations actuellement cicatrisées.

Gros orteil gauche déformé, triplé de volume, présentant une pigmentation noire à la face supérieure. L'ongle est atrophié.

A la face inférieure, orifice au niveau de la phalange et de l'articulation métatarso-phalangienne.

Malgré le traitement par la vitamine B1, l'état mental est resté stationnaire et l'état physique ne s'est pas sensiblement amélioré.

La malade est inerte, gâteuse, son poids est cependant passé de 31 à 33 kgr.

Le mal perforant est-il provoqué directement par la polynévrite alcoolique ? Nous avons recherché les causes habituelles du mal perforant, en particulier le tabès. Mais l'analyse du sang et du liquide céphalo-rachidien sont entièrement négatives :

Liquide : lymphocytes, 0,7 ; albumine, 0,35 ; Pandy et Weichbrodt négatifs ; benjoin, 00000.22210.00000.0 ; Bordet-Wassermann et Takata Ara négatifs ;

Sang : Bordet-Wassermann, Meinicke, Kahn, Hecht : négatifs.

De même, la malade n'est pas diabétique : l'analyse d'urine à son entrée a décelé une légère quantité de sucre, mais cette légère glycosurie n'a pas été retrouvée dans les analyses ultérieures.

Nous sommes donc en présence d'un mal perforant par polynévrite alcoolique.

M. MARCHAND. — Les maux perforants au cours des polynévrites consistent en une nécrose neuro-trophique par suppression de l'action des nerfs sur la nutrition des tissus. Parfois un traumatisme local joue le rôle de lésion d'appel. Chez le malade que nous avons présenté avec MM. Dupouy et Maurice à une précédente séance, les maux perforants étaient bilatéraux et nous ont paru s'être développés au niveau d'anciens durillons localisés au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne. L'observation de Guiraud est particulièrement intéressante ; chez cette malade, le mal perforant ne semble pas en rapport avec un traumatisme local et est par conséquent dû uniquement à la polynévrite.

Pour compléter les indications bibliographiques données par Guiraud concernant cette complication rare des polynévrites alcooliques je citerai les cas rapportés par Boinet à la Société Méd. des Hôp. de Paris, 22 mars 1900 et par Pascal dans sa thèse de Montpellier, 1904.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Ce qui est à retenir, en effet, c'est l'hypertrophie énorme du gros orteil qui prouve qu'il s'agit d'un trouble trophique, beaucoup plus généralisé que le trouble trophique du mal perforant plantaire limité aux téguments. La radiographie du cas serait intéressante.

Troubles mentaux hallucinatoires chez deux tabétiques, par MM. G. HEUYER et NEVEU

Nous présentons deux malades que nous avons examinées à l'Infirmierie Spéciale et que nous avons pu suivre grâce à l'obligeance de M. le D^r Courbon.

Toutes deux sont des tabétiques avec des troubles mentaux hallucinatoires dont la signification n'est pas identique.

OBSERVATION 1. — V... Alphonsine, âgée de 60 ans, ouvrière en chômage, est venue se plaindre au commissariat d'être persécutée par ses voisins depuis une semaine. Envoyée à l'Infirmierie spéciale elle expose volontiers les vexations qu'elle a subies.

ANTÉCÉDENTS : Rien de notable chez les ascendants.

Scolarité normale. Mariée à 18 ans, elle a fait une fausse-couche, un enfant est mort à 8 mois, une fille est débile, irritable, méchante, instable et a présenté un épisode psychopathique, probablement une bouffée délirante, il y a un an. Le mari est mort à 30 ans de tuberculose pulmonaire. En 1927, la malade a été traitée chirurgicalement pour un accident sur la nature duquel nous reviendrons.

TROUBLES MENTAUX : *Hallucinations auditives* à prédominance nocturne : « Ça parle toute la nuit, c'est comme la T.S.F., si basse qu'on l'entendrait à peine, c'est comme si on parlait dans un acoustique et ça suit la terre. » Ce sont des appels, des plaintes paraissant venir de sa fille, des coups frappés qui la réveillent, des injures proférées par les voisins : « Vieille saleté, horreur, t'es comme 'ta fille », des reproches : « Tu ne devrais pas être inscrite au chômage, tu ne devrais pas être si fière. »

Certains actes sont parfois commentés, des faits passés concernant sa fille et son gendre sont évoqués dans le but de l'humilier, de lui faire comprendre que l'on a tout entendu de leurs disputes et aussi de leur vie intime : « Il répétait tout ce que ma fille avait fait, j'entendais tout ce qui se passait chez eux et il me semblait qu'il me répétait tout ce que ma fille faisait, c'était pour me démontrer qu'il entendait ce jeune ménage dans son intimité. »

Suivie dans la rue : « Tu t'engouffres dans le métro », disait-il. Suppositions injurieuses : « Il insinuait que je courais... pour dire que j'étais une femme de ce genre-là. »

Interprétations de propos entendus dans la rue : « Les enfants qui jouaient disaient que c'était comme un cinéma et hier soir ils se mettaient à dire que ma fille était morte et toutes sortes de sottises. » Le roulement des voitures la fait sursauter et répercute chez elle les propos des voisins.

Les idées de persécution sont mal systématisées, l'explication délirante est pauvre. Les persécuteurs sont désignés : les voisins, les Ch..., mais c'est peut-être aussi la concierge ou une locataire de l'étage supérieur. Le motif des persécutions est vague, incompréhensible : sa fille a eu des torts, elle était jalouse de la voisine, elle faisait des scènes à son mari et s'est enfuie toute une nuit.

L'orientation est bonne, il n'y a pas d'affaiblissement intellectuel notable, les souvenirs sont évoqués avec précision. La perte du sommeil qu'elle explique par la prédominance nocturne des hallucinations, et une certaine animation, trahissent seuls, au point de vue mental, l'appoint alcoolique.

EXAMEN PHYSIQUE : Montre des signes d'alcoolisme chronique, les signes d'un tabès, une ostéo-arthropathie tabétique.

Alcoolisme chronique : Tremblement des doigts et de la langue, congestion de la face.

Tabès : Abolition des réflexes achilléens et rotuliens. Pas d'ataxie locomotrice, pas de signe de Römberg, pas de dysmétrie. Analgésie profonde. Sensibilité superficielle intacte. Pupilles irrégulières, inégales et rigides en mydriase.

Ostéo-arthropathie tabétique de la tibio-tarsienne gauche. En 1927, la malade aurait eu un accident : piqure d'épingle, suivie d'une suppuration indolore ; au bout de trois semaines, intervention chirurgicale, débridement suivi d'une suppuration prolongée et, dans un deuxième temps, de l'exérèse d'un fragment de calcanéum. La suppuration consécutive a duré plus d'un an.

Actuellement on voit au niveau du talon gauche un séquestre extériorisé, paraissant kératinisé, complètement indolore. La malléole tibiale présente une tuméfaction considérable. Les mouvements de flexion et d'extension sont relativement bien conservés. Les déformations n'entraînent pas de gêne fonctionnelle. La radiographie montre l'importance de ces déformations et l'existence d'ostéophytes.

L'examen montre un corps thyroïde un peu gros. Le cœur est normal ainsi que le foie et la rate.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES : *Sang :* urée 0,30. Réactions sérologiques (Bordet-Wassermann, Hecht, Meinicke) négatives.

Liquide céphalo-rachidien : albumine 0,10 ; leuco. : 0,3 ; Bordet-Wassermann négatif ; Benjoin : 00000.12200.000000.

La malade a été internée le 20 mai avec le certificat suivant :

« Psychose hallucinatoire. Automatisme mental. Hallucinations auditives : entend les appels de sa fille, les moqueries des voisins la nuit. Commentaire des actes, reproches. Rappels de souvenirs familiaux. Idées imprécises de persécution. Interprétations pauvres. C'est un vrai cinéma dans la maison ; le bruit des voitures fait résonner les paroles des voisins ; répercussion des propos, malentendu passager, dit-elle. Démarche spontanée au commissariat pour demander qu'on

fasse cesser le « petit tambourinage ». Alcoolisme chronique certain : congestion céphalique, tremblement digital et lingual. Caféisme. Abolition des réflexes achilléens et rotuliens. Analgésie profonde. Irrégularité et rigidité pupillaires ; mydriase. Deux opérations au pied gauche en 1927. Aspect étrange de la cicatrice, séquestre osseux apparent et indolore. Ostéo-arthropathie tabétique ? Une fausse couche à 19 ans. Un enfant mort à 8 mois. Une fille de 18 ans déséquilibrée, placée l'an dernier en maison de santé. » — D^r HEUYER.

EVOLUTION. — Depuis son internement, cette malade a présenté une régression rapide de son automatisme mental, mais en conservant des convictions délirantes formelles ; elle admet avoir eu des torts, s'accuse de méchanceté, cherche à donner de nouvelles explications rétrospectives, mais à aucun moment elle ne peut admettre le caractère morbide des phénomènes éprouvés.

Obs. 2. — Mme P., âgée de 62 ans, cartonnienne en chômage, a refusé de payer son loyer, d'où scandale, cris, arrestation et envoi à l'Infirmierie Spéciale. C'est une aveugle très pâle aux traits atones. Elle montre une certaine véhémence et s'anime en rapportant son histoire.

Antécédents. — Le père, mort à 82 ans, était buveur, un de ses frères est mort interné à Villejuif. Le grand-père maternel, grand buveur, a fait une mort subite. La mère est décédée à 63 ans de tuberculose pulmonaire, elle a eu 18 grossesses : quatre ou cinq fausses-couches, dix enfants morts en bas-âge, une fille est morte de tuberculose, deux autres restent vivantes.

L'aînée de cette famille est la malade. Elle-même a eu sept grossesses dont trois avant le mariage, avec des générateurs différents : un fœtus mort *in utero* à sept mois, une fausse-couche de deux mois et demi, un enfant à terme mort au bout de 15 jours. Après son mariage avec un buveur avéré, elle eut : un prématuré de sept mois mort à 15 jours, un enfant mort à trois mois de convulsions avec strabisme, une fausse-couche de deux mois et demi, un enfant mort à deux mois de méningite.

Dans les antécédents, on note la brièveté de sa scolarité, un apprentissage inefficace de la passementerie, puis, avec plus de succès, du métier plus simple d'ouvrière en cartonnage.

A 46 ans, elle a souffert de névralgies sciatiques et intercostales. A 49 ans, exérèse du sein gauche et ménopause. Depuis quatre ans une amaurose est apparue progressivement.

Troubles mentaux. — Délire de persécution dont le thème est la vengeance du mari, la mort de celui-ci survenue au mois de septembre 1937 est méconnue : il a fait mine de partir à l'hôpital, mais, en réalité, il est probable qu'il est parti vivre avec la sœur de la malade ou une voisine.

Hallucinations auditives. — Elle reconnaît la voix de son mari. Il l'a insultée et menacée en partant pour l'hôpital : « Je vais t'en jouer une pièce de théâtre avec des tableaux, tu seras comme une vieille vache cuite. » Elle l'entend chez le marchand de vin se féliciter de l'avoir abandonnée. La T.S.F. lui fait entendre des avertissements et des propos malveillants : « Ta sœur et Célestin (le mari) ne font plus qu'une seule personne..., fais bien attention à Paris si tu n'as pas de la potasse dans ta gamelle... », ou bien : « Elle ne dansera plus, elle n'aimera plus, elle ne vit plus. » Le plus souvent ce sont des commentaires de sa vie passée, des allusions non équivoques, des réminiscences précises : « J'entends des réflexions que mon mari faisait : t'en boiras plus du vin à Argenteuil ! et puis les noms que j'entends causer : bébé rose ! Frisottin ! et la femme à barbe ! Mon mari le savait que je connaissais une femme à barbe. » Elle est obsédée par ces allusions : « Même la T.S.F. joue les anciens succès des bals du 14 juillet. »

Elle interprète ce qui se passe autour d'elle : « Il y a ici celle qui fait la folle..., quant à cette dame qui est aveugle c'est un sujet pour que je comprenne. » Elle semble éprouver une impression d'hostilité générale, ce sont les « tableaux » promis par le mari. Elle éprouve les troubles, les malaises dont celui-ci se plaignait, elle se souvient de ces plaintes, elle comprend leur signification menaçante. Elle interprète les troubles qu'elle ressent : les sensations de brûlures sont attribuées à « des machines qui chauffent, des baladeuses », une cousine malveillante lui chauffait le dos.

Elle ne reconnaît plus au toucher les objets familiers : on a changé ses meubles, son linge est en chiffons, des photographies sont remplacées par des fragments de mica. L'eau est changée : « L'eau me colle quand je fais ma toilette, tout me colle. » Les aliments sont collants et leur consistance est modifiée : « Tout ce que je mange, je sens que c'est épais, ça colle. »

Son corps est transformé : « Elle est rétrécie ma langue..., ma paupière est tombée, elle n'est plus sur mon œil, je sens bien que le nerf optique est abimé..., et c'est par les gouttes que mon mari m'a fait mettre, ça m'a fait brûler les paupières..., dans le seau hygiénique ils ont mis un ingrédient et ça me tirait le fondement. » Si elle marche difficilement, c'est encore un mauvais tour du mari qui la fait trébucher.

Aveugle, elle ne devrait rien voir, mais, au moyen de « voltigeuses », on l'empêche de dormir en l'éblouissant : « Imaginez un phare d'auto..., je vois une éclaircie qui me brûle l'œil et la nuit c'est toujours fixé sur cet œil (O.G.). On attendait que je sois bien couchée et on me mettait les voltigeuses et il y en a un qui a dit : Tu as accroché les voltigeuses. »

L'orientation est relativement bonne, elle sait la date. La mémoire semble conservée, elle précise les événements familiaux et donne avec

exactitude les dates de la grande guerre. La débilité mentale se traduit par la faiblesse du jugement et l'incapacité d'apprendre un métier véritable. Il ne semble pas exister d'affaiblissement intellectuel très marqué.

Examen physique. — La démarche est titubante, mais il n'y a pas de signe de Römberg. Les réflexes rotuliens et achilléens sont abolis. Les pupilles sont rigides, en myosis. L'auscultation du cœur montre un retentissement métallique du deuxième bruit.

Examens complémentaires. — Liquide céphalo-rachidien : albumine : 0,20 ; Pandy : — ; Weichbrodt : — ; leuco. : 1,4 ; benjoin : 00000.22211.00000 ; Meinicke : — ; Bordet-Wassermann : —.

La malade a été internée avec le certificat suivant du Dr Michaux : « Psychose hallucinatoire chronique. On parle d'elle, de sa vie passée ; son mari « prétendu », mort en 1927, lui parle à distance. Il paie son loyer, aussi refuse-t-elle de le payer elle-même. Il joue la comédie ; il « fait le mort ». Son mari la fait maigrir par des courants électriques. Elle reçoit des rayons qui l'ont rendue aveugle. Scandale, cris, excitation, bien orientée. Cécité probablement tabétique. Aréflexie achilléenne et rotulienne. Pas de dysarthrie aux mots d'épreuve. »

Depuis son internement, l'état de la malade ne s'est pas modifié, elle est restée hallucinée, persécutée, et elle garde les mêmes réactions protestataires et bruyantes.

Commentaire. — 1. Ces deux malades présentent un *syndrome hallucinatoire* et des *idées de persécution* coïncidant avec un tabès. Dans les deux cas, il ne s'agit pas de paralysie générale.

Chez la première malade, le syndrome hallucinatoire, très intense quand nous l'avons observé à l'Infirmerie Spéciale, a été passager. Depuis que la malade est à l'asile, son état s'est amélioré et les hallucinations ont disparu.

Il ne paraît pas douteux que dans l'étiologie du syndrome hallucinatoire on doit faire intervenir l'intoxication alcoolique avérée chez notre malade.

Toutefois, la malade garde une conviction absolue de la réalité des troubles qu'elle a présentés.

Les signes neurologiques : abolition des réflexes tendineux, mydriase et rigidité pupillaire, analgésie profonde, obligent à porter le diagnostic clinique de tabès. Il ne paraît pas douteux que la déformation articulaire est une arthropathie tabétique qui a été méconnue et qui a été l'objet d'une intervention chirurgicale.

Cependant, nous notons que la ponction lombaire est tout à fait

négative, tant au point de vue des réactions chimiques que cytologiques et biologiques.

La deuxième malade présente une psychose hallucinatoire chronique typique. Toutefois, elle a seulement des hallucinations auditives et de l'écho des actes sans prise ni écho de la pensée. Les idées délirantes sont systématisées, puisqu'elle désigne, comme persécuteur, son mari, réellement décédé et dont elle méconnaît la mort.

Elle a un tabès qui paraît cliniquement complet :

- abolition des réflexes tendineux,
- rigidité pupillaire,
- cécité bilatérale par atrophie optique,
- analgésie profonde.

A noter les interprétations délirantes qu'elle donne des troubles paresthésiques de son tabès ; troubles visuels produits par les « voltigeuses et baladeuses », et surtout, troubles sensitifs, particulièrement sensation de substances « collantes et adhérentes ». Elle réalise ainsi le syndrome décrit par Pierret et Rougier. Dans ce cas encore, si cliniquement le tabès paraît évident, la ponction lombaire est négative au point de vue de toutes les réactions, chimiques, cytologiques, biologiques.

Il ne nous semble pas, pourtant, que l'on puisse assimiler le syndrome neurologique de nos malades au syndrome d'Adie, pupilles toniques avec aréflexie tendineuse. Dans nos deux cas, en effet, il n'y pas de pupilles toniques et l'abolition du réflexe à la lumière est absolue, de plus le symptôme oculaire est bilatéral. Il semble donc bien qu'il s'agisse de tabès déjà anciens, arrêtés dans leur évolution et qu'on peut dire « déshabités ».

II. *Le pronostic des troubles mentaux* est facile à établir chez la *deuxième malade* : il s'agit d'une psychose hallucinatoire chronique certainement incurable et qui ne se modifiera guère dans son évolution.

La première malade, malgré la disparition relativement rapide des phénomènes hallucinatoires, a gardé une telle conviction de la réalité des persécutions éprouvées avant son internement, que nous faisons toutes réserves sur son avenir mental.

Il est bien vraisemblable qu'elle ne restera pas longtemps internée puisque déjà sa famille la réclame. Mais, il est à prévoir, qu'après sa sortie, la conviction délirante persistera et sera l'origine d'un délire chronique après réveil du syndrome hallucinatoire.

III. *L'automatisme mental*, dans l'une et l'autre observations, est constitué par les phénomènes *grossiers* : hallucinations auditives : injures, menaces, écho des actes, et non par les phénomènes *subtils* : prise et écho de la pensée.

Il en est ainsi fréquemment, lorsque le syndrome d'automatisme mental est d'origine alcoolique — comme chez notre première malade — ou, quand il se produit au cours d'un état organique chez des malades âgés, telle que notre seconde malade âgée de 62 ans.

Le rôle incontestable de l'alcool, dans la production du syndrome hallucinatoire de la première malade, n'a sans doute pas été isolé ; il nous paraît impossible de ne pas faire intervenir aussi le rôle de la syphilis, qui a conditionné le syndrome neurologique.

Dans la deuxième observation la syphilis nerveuse existait seule. Nous ne ferons pas, en cette occasion, la bibliographie des troubles mentaux du tabès (voir la thèse de Royer, Nancy, 1934). L'un de nous a déjà rapporté des cas analogues. Il nous paraît démontré que le syndrome d'automatisme mental n'est pas une coïncidence quand on le voit apparaître chez un sujet syphilitique, quelle que soit la symptomatologie que présente la syphilis ; il peut exister au cours de la paralysie générale non traitée, apparaître d'une façon quasi-expérimentale dans la paralysie générale après malariathérapie, survenir au cours d'une syphilis de forme neurologique, le tabès par exemple, comme dans nos deux observations, apparaître encore chez un syphilitique sans signes neurologiques mais avec réactions biologiques positives, ou chez un syphilitique avéré dont les réactions biologiques sont éteintes, enfin, il n'est pas rare de le trouver chez des malades jeunes ou âgés qui sont des hérédo-spécifiques avérés.

Dans toutes ces conditions étiologiques, ce n'est pas la syphilis qui conditionne la forme de l'automatisme mental, mais bien davantage l'âge du malade chez qui apparaît le syndrome. Chez les malades les plus jeunes, le syndrome de l'automatisme mental est, en général, au complet, avec des hallucinations auditives et écho de la pensée, association d'idées délirantes de persécution et d'influence.

Quand le syndrome apparaît chez des malades, autour de la soixantaine, il existe seulement des hallucinations auditives et des idées de persécution plus ou moins nettement systématisées.

M. COURBON. — Je suis tout à fait de l'avis de M. Heuyer, concernant ces deux malades que j'ai dans mon service. J'espère

que la persistance de la conviction de la réalité des hallucinations passées, chez la première malade qui ne délire plus et que je m'apprête à rendre à sa famille, n'est autre chose que l'idée fixe post-onirique signalée par Régis. Cette idée fixe persiste parfois des mois et des années, après la guérison des troubles mentaux de nature toxique ou infectieuse, sans gêner le moins du monde l'adaptation sociale.

Troubles caractériels chez un schizoïde très améliorés par le cardiazol, par MM. Henri CLAUDE, Charles DURAND, Lionel VIDART et Gabriel DESHAIES.

L'observation de ce jeune homme de 19 ans — dont les troubles du caractère et du comportement progressivement aggravés motivèrent l'internement le 3 mai 1939 — est intéressante à plus d'un titre mais c'est au point de vue thérapeutique surtout que nous croyons utile ici de l'exposer.

Ces conclusions cliniques découleront de la connaissance de la biographie, de l'état mental du malade et de l'évolution sous l'effet du traitement.

I. Données biographiques caractérielles. — Né le 21 septembre 1919, à Paris, Pierre P. vécut d'abord dans sa famille, souffrant de bonne heure de la mésentente qui existait entre ses parents.

Dès l'enfance, notre malade s'avère renfermé, sensitif, rêveur, solitaire, orgueilleux, édifiant obscurément sa tour d'ivoire. Frère, sœur, camarades ne le comprenaient pas et il les jugeait fort inférieurs à lui-même intellectuellement. Caractère *schizoïde*.

Elève brillant par ailleurs, il poursuivit ses études secondaires sans difficultés et obtint la première partie du baccalauréat en 1935. Il devait échouer à la deuxième partie pour avoir voulu, dans sa dissertation philosophique, développer des idées certes trop personnelles. L'échec fut à la session suivante aussitôt réparé. Puis il prépara l'Ecole Normale Supérieure, sans s'y intéresser, principe et idées d'autrui ne lui disant rien qui vaille. Il préférait écrire des poésies, fréquenter des « artistes ».

Mais la mort du père survint qui rendit difficile la situation familiale. Pierre dut fournir un travail lucratif. D'abord manœuvre aux Halles, puis précepteur, surveillant d'études, enfin maître d'internat à Châlons-sur-Marne. Là, son activité s'affirma de plus en plus *autistique*, son comportement de plus en plus anormal. Lui-même croyait observer l'*hostilité* des autres : on voulait le ridiculiser, le faire passer pour fou, afin de se venger de sa supériorité intellectuelle.

Il dut abandonner sa place et revenir chez sa mère, en mars 1939. Il devenait « infernal ». *Haineux* à l'égard de sa mère qu'il brutalisait comme son frère et sa sœur, *violent, instable, impulsif*, exprimant des idées subversives, sans activité pragmatique efficace, il était devenu justiciable de l'internement, après deux années de troubles progressifs.

Rien de notable dans ses *antécédents* personnels, non plus que familiaux, si ce n'est toutefois la cirrhose hépatique dont mourut le père, médecin, qui présenta peut-être des idées de persécution.

II. *Etat mental*. — L'examen du malade, en mai 1939, le montre plein d'aisance, d'assurance et d'orgueil, étalant avec complaisance le fruit déjà mûri de ses études et de ses réflexions.

Lucide, *très intelligent*, il cherche et trouve le défaut de la cuirasse et oblige son interlocuteur à argumenter sérieusement. Inconscient de son état morbide et fort de sa hargne, il exprime tour à tour son *agressivité* sous la forme de l'ironie et du dédain. Sa mimique est adaptée. Son *langage* est choisi, précieux, prétentieux, souvent diffluent et amphigourique du fait d'une phraséologie plus ou moins abstraite et vide. « L'état social actuel, dit-il, par exemple, est répréhensible en son principe même, parce qu'il utilise des éléments énergétiques personnels à des ouvrages dont les principes relèvent de l'erreur. »

Les idées exprimées ne constituent pas un délire, mais un mélange d'idées justes et d'idées fausses ou bizarres, de thèmes surtout métaphysiques, esthétiques et sociologiques. Condamnation de la vie moderne, artificielle et matérialiste. Retour à la nature. Désir de mener « la vie des sages du Thibet », l'idéal étant « la vie hellénique des familles primitives grecques ». Prétention à créer des œuvres artistiques et littéraires, se déclare inspiré des Dieux, disciple de Léonard de Vinci ; emploie « la méthode linguistique » pour trouver « des fragments d'euphonie verbale ».

Cependant, *absence* de troubles du cours de la pensée, absence de phénomènes psycho-sensoriels, de syndrome d'action extérieure, d'affaiblissement intellectuel.

Par contre, *inaffectivité*. Indifférence à l'égard de sa famille, hostilité contre sa mère qu'il refuse de voir.

Au point de vue *physique* rien de notable à signaler.

Il s'agissait donc surtout d'un état de déséquilibre sur fond schizoïde, avec troubles du comportement, susceptible d'évoluer vers un état schizophrénique confirmé. Fallait-il attendre que fût accomplie cette évolution pour agir ? Dans le doute, ne convient-il pas parfois de ne point s'abstenir ? Le traitement par le cardiazol fut ainsi décidé.

III. *Traitement par le cardiazol. Evolution*. Le traitement était déjà décidé lorsque, le 11 juin, le malade s'enferme en un mutisme complet, asthénique. Il ne bouge plus, ne lit plus, n'écrit plus mais continue de s'alimenter et de dormir convenablement. Pas de catalepsie.

La première injection de cardiazol (0,45) le 12 juin, produit une crise normale, sans rien changer à l'état du malade.

Mais le 16 juin, après la *deuxième injection* (0,50), le malade abandonne son mutisme, parle spontanément avec pertinence et, dès le lendemain, paraît *transformé*. Aimable, docile, souple, compréhensif, il rectifie sa position, cherche à s'adapter et y réussit, demande à voir sa mère (qui le trouve affectueux, sensé, ressuscité). Il se plaint beaucoup du traitement et considère que celui-ci n'est pour rien dans sa transformation, qui est volontaire, dit-il, car il a eu l'intelligence de comprendre la nécessité de modifier ses principes pour s'adapter à une vie normale. Contact affectif excellent.

Une *troisième injection* (0,55) est faite néanmoins le 20 juin. Ce sera la dernière, le bénéfice acquis risquant trop d'être perdu par la réaction psychologique du malade contre ce traitement.

Très amélioré, Pierre P. accepte de bonne grâce l'*insulinothérapie* commencée depuis le 3 juillet et qui semble devoir consolider les résultats acquis.

IV. *Conclusions*. — Sans doute ne saurions-nous tenir pour achevée l'évolution psychique de notre malade et devons-nous attendre l'épreuve du temps avant de conclure définitivement. Mais d'ores et déjà s'en dégage quelque enseignement doctrinal et thérapeutique.

1° La disparition quasi-immédiate et complète de troubles caractériels graves qui paraissaient exprimer l'évolution morbide de la personnalité même du malade. Pareille transformation, fût-elle transitoire, n'en inciterait pas moins à *traiter toujours et précocement* même des troubles psychopathiques dont la structure intime apparaîtrait plutôt comme d'ordre constitutionnel.

2° L'amélioration de notre malade se produisit dès la deuxième injection de cardiazol. L'expérience d'autres cas nous donne à croire, en effet, que *l'efficacité du traitement se trouve jugée dès le début de son application*. S'il n'y a pas de résultat valable après la *cinquième injection*, le traitement risque fort d'être *inutile voire nuisible* s'il est plus longtemps poursuivi.

3° Le premier résultat thérapeutique étant acquis par le choc cardiazolique, il y a grand intérêt à pratiquer ensuite l'*insulinothérapie* pour maintenir et stabiliser l'amélioration ou la guérison obtenue.

M. HEUYER. — Le malade, que présentent MM. Claude et Deshaies, nous paraît extrêmement intéressant et il mériterait une longue discussion. Il pose, en effet, d'une part la question du diagnostic entre un simple déséquilibré constitutionnel et la démence précoce et d'autre part la question de l'efficacité du traitement.

Au point de vue du diagnostic, d'après l'observation qui nous a été présentée beaucoup plus que d'après l'interrogatoire du malade qui est difficile au cours de la séance, nous ne pensons pas qu'il s'agisse d'un simple déséquilibre, même s'il faut l'étiqueter « schizoïde ».

Le malade paraît bien avoir été, avant le traitement, un dément précoce. Son affaiblissement intellectuel s'est manifesté par la diminution de son rendement scolaire, son incapacité de continuer ses études, son indifférence affective et son hostilité à l'égard de sa famille, son apragmatisme, son inactivité complète. Nous avons insisté naguère avec Mlle Serin sur la fréquence des troubles du caractère au début de la démence précoce. De plus, il était délirant avec l'une des formules caractéristiques de la démence précoce quand elle apparaît à l'adolescence ; ne présentant pas d'automatisme mental il n'a eu aucun délire d'influence, par contre il avait une rêverie délirante imaginative et surtout un véritable délire dogmatique que les présentateurs ont bien exposés.

On trouve, en effet, dans la démence précoce à l'adolescence, ces deux formules délirantes qui ne sont que l'exagération des tendances normales de l'adolescence : *la rêverie imaginative* à thème de grandeur, de richesses ou de puissance et *le dogmatisme raisonnant* dont la forme délirante a été bien décrite par Rogues de Fursac et Minkowski sous le nom de « Rationalisme morbide ».

Il est quelquefois difficile de faire la distinction entre les formes normales de ces attitudes intellectuelles chez l'adolescent et les états délirants de même mécanisme chez le dément précoce. On peut dire que c'est la conduite du sujet qui est le critérium : l'idée est délirante quand elle se traduit par un délire des actes. Il en a été ainsi chez le malade qui nous a été présenté.

Quant à l'attitude hautaine, ironique, avec laquelle il accueillait les médecins qui l'examinaient, elle n'était, sans doute, chez lui comme chez les autres déments précoces, qu'une réaction du sujet devant la maladie dont il a conscience.

On ne doit pas non plus être impressionné par l'apparente force de dialectique de ces malades ; elle n'est, le plus souvent, que verbale et vide, et sert à cacher l'affaiblissement intellectuel souvent plus profond qu'il ne paraît. D'ailleurs, certains propos du malade, qui ont été cités dans l'observation, montrent une phraséologie incohérente, une véritable salade de phrases.

Pour démontrer le déficit intellectuel de ces sujets, il est utile d'employer une méthode objective : la méthode objective des

tests psychologiques. On constate alors la difficulté de résoudre certaines épreuves où interviennent les fonctions supérieures d'abstraction, de généralisation et de synthèse mentales. Malgré l'apparence d'une intelligence intacte, malgré les souvenirs didactiques d'une culture quelquefois étendue, les tests, qui nécessitent une adaptation rapide à la solution de problèmes, même simples, sont difficilement résolus.

Sans doute, on ne peut pas dire que la méthode des tests donne toujours des renseignements mathématiques, il faut les interpréter. Rien que la définition des mots abstraits peut donner des renseignements sur la difficulté rencontrée par le malade à trouver le terme qui correspond à la notion essentielle, il se perd dans des digressions et commentaires.

On peut concevoir que la méthode des tests peut être complétée, il n'en est pas moins vrai qu'elle constitue une méthode objective désormais nécessaire, pour établir, autrement qu'avec des impressions cliniques et individuelles, le diagnostic entre un déséquilibre constitutionnel et un affaiblissement intellectuel. Seule une méthode objective permet d'apprécier la gravité du déficit intellectuel et sa forme selon l'atteinte plus ou moins profonde des diverses fonctions mentales.

Nous avons insisté naguère avec Le Guillant sur la forme particulière du niveau mental, mesuré à l'aide des tests, chez le dément précoce. Au lieu d'un niveau en quelque sorte horizontal, on trouve un niveau très irrégulier par suite de la dissociation des résultats et des échecs : certains tests d'un niveau élevé sont réussis, alors que le sujet échoue à des épreuves d'un niveau mental inférieur.

Au point de vue de l'efficacité du traitement dans les cas de ce genre, nous avons observé, comme les présentateurs, des transformations quelquefois subites, presque miraculeuses, produites par l'emploi du *cardiazol*.

Il en est ainsi dans les cas de démence précoce, c'est-à-dire d'un syndrome évolutif acquis, alors que dans les troubles constitutionnels du caractère le traitement par le *cardiazol* est inefficace.

Chez des malades comme celui qui nous a été présenté, la psychothérapie et la pédagogie sont inutiles ; de semblables malades relèvent d'un traitement uniquement médical et notamment d'un traitement par le *cardiazol* ou l'insuline.

Selon mon expérience, il ne me semble pas que l'insuline ait une action de stabilisation ; elle donne, comme le *cardiazol*, des transformations dans les troubles acquis du caractère ou dans

les syndromes hallucinatoires, malheureusement, il ne semble pas que ni avec le cardiazol ni avec l'insuline, on puisse être assuré d'avoir stabilisé les améliorations constatées ou les apparentes guérisons.

Quant au malade qui nous a été présenté, le pronostic de son avenir mental doit être réservé ; il est vraisemblablement sombre.

M. GUIRAUD. — Il est difficile d'avoir une opinion sur ce malade sans examen prolongé impossible ici. J'attacherais de l'importance aux antécédents et à l'évolution de la maladie. S'il s'agit d'un cas ancien, lentement progressif, sans contraste net avec un état mental normal, je le rattacherais volontiers à une forme d'héboïdophrénie avec autisme, ironie méprisante, hostilité contre la société. Je me permets de rappeler au Professeur Claude un cas analogue qu'il a observé il y a longtemps : il s'agissait d'un sujet brillant intellectuellement, en révolte contre la société, ayant fabriqué de faux bons de la Défense nationale, et présentant des périodes de dépression hostile avec autisme morose. Sorti de l'Asile il avait récidivé. Je considère ces cas comme constitutionnels et peu améliorables par la thérapeutique des chocs.

D'autre part, il peut s'agir d'un début d'hébéphrénie véritable qui ira en s'aggravant s'il n'est pas soigné. Il est fort légitime d'essayer le cardiazol et l'insuline dans ce cas mais leur action favorable ne sera démontrée que par l'épreuve de la vie sociale.

M. EY. — J'ai longuement examiné ce malade et je garantis que son niveau mental était de beaucoup supérieur à tous ceux que peuvent atteindre toutes les échelles de tests. Il était hautain, irritable, injurieux, violent, mais d'une puissance de dialectique, d'une finesse de répartie, d'une ironie si subtile et si opportune qu'il se révélait comme beaucoup plus intelligent que la moyenne des individus. De tels sujets ne se prêtent pas à l'application d'un test. Essayer de les y soumettre est une maladresse qui provoque leur réticence railleuse.

L'attitude qu'il vient d'avoir devant nous est radicalement différente de celle qu'il eut pendant mes examens précédents. Il a été abordable, poli, patient. Il a convenu de ses torts. Il a consenti à admettre qu'il pourrait s'adapter à un état social pour lequel il n'avait que sarcasmes et mépris.

Aussi, bien que je sois le partisan le plus convaincu de l'efficacité des thérapeutiques en psychiatrie, bien que je continue à appliquer à mes malades insuline et cardiazol, j'hésite à croire

que la transformation mentale que nous venons de voir soit l'effet de trois injections de cardiazol et de quelques unités d'insuline. Je me demande si ce n'est pas spontanément qu'il n'a pas décidé de simuler une résipiscence, s'étant rendu compte que le maintien de l'état de révolte qui le fit enfermer empêcherait sa remise en liberté.

D'ailleurs l'efficacité des thérapeutiques de choc est en raison inverse de la profondeur des dissolutions mentales et de leur durée. Et je le répète, les troubles du sujet portaient surtout sur le caractère et semblaient dater de très longtemps.

M. VIÉ. — L'application des tests de Binet et Simon chez les déments précoces donne des résultats très discontinus et peu sûrs. Le même malade qui a fourni d'excellentes réponses à des questions d'un niveau élevé, répond mal à des questions d'un niveau beaucoup plus bas. Le graphique des réponses est celui d'une échelle qui atteint assez haut, mais à laquelle manquent beaucoup d'échelons.

M. HENRI CLAUDE. — Le cas présenté est intéressant car il s'agit, non pas d'un déséquilibré au sens de l'ancienne terminologie, mais d'un sujet intelligent, ayant des connaissances développées en profondeur, à qui les tests usuels ont paru enfantins. Il y a répondu, d'ailleurs, en quelques instants, et, d'une façon parfaite. Son attitude mentale était celle d'un schizoïde prétentieux, doué d'une capacité de discussion et de raisonnement très sthénique et très défendable, mais se perdant dans des conceptions plus utopiques qu'imaginatives, traduisant une inadaptation à toutes les activités normales, professionnelles et sociales, un apragmatisme notoire, en même temps qu'une inactivité manifeste et des tendances caractérielles des plus troublées. Cette condition nous a paru inaccessible à tous les procédés de rééducation préconisés, soit à l'état de liberté, soit dans un établissement de répression. C'est pourquoi nous avons tenté la cure cardiazolique qui, après trois séances, a donné un plein succès. Ce jeune homme a abandonné toutes ses idées subversives dans tous les domaines, son comportement familial est devenu normal et affectueux. Il a corrigé toutes ses tendances plus ou moins révolutionnaires ou anti-sociales, et, surtout, a fait, spontanément, la critique de ses opinions et de ses idées d'autrefois, dont la structure comportait tant de parties dont la fragilité lui apparaît désormais.

L'évolution schizophrénique nous paraît donc arrêtée, pour le

moment, dirons-nous, afin de rester dans une note prudente, car nous n'ignorons pas les déconvenues que donnent malheureusement trop souvent les résultats des traitements de choes. Ceux-ci, comme les revêtements de peintures aux teintes fragiles, disparaissent après quelques expositions au soleil.

Nous comptons tenir la Société au courant des résultats définitifs de cette tentative de cure.

Ostéomalacie de l'âge mûr chez une oligophrène. Etude biologique, par M. P. CHATAGNON, M^{lle} C. CHATAGNON et M. P. GÉRARD

L'étude des perturbations des métabolismes tissulaires (perturbations conditionnées on le sait aujourd'hui par l'ensemble des activités endocrines et du tissu nerveux) est appelée à renouveler nos classifications psychiatriques et surtout, ce qui est plus important, à étayer une action thérapeutique rationnelle et efficace.

La malade que nous vous présentons est un exemple de ces troubles endocriniens associés à une dysgénésie du système nerveux ; cet exemple illustre en outre la question des ostéolyses, question à l'ordre du jour et en pleine révision. C'est pourquoi nous avons cru intéressant de vous rapporter le cas de cette femme d'âge mûr, arriérée mentale et sans passé génital, chez laquelle se manifeste à bas bruit une ostéomalacie typique :

Blanche a 48 ans. Elle est née dans le département de la Seine le 10 février 1891, à la suite d'une gestation normale et d'un accouchement normal à terme. Elle a eu sa première dent à 5 mois, mais n'a marché qu'à 3 ans et n'a parlé qu'à 7 ans en même temps que cessait l'énurésie. Elle présente entre temps, vers l'âge de 2 ans, un état infectieux sévère, étiqueté « fièvre cérébrale au cours d'une fièvre typhoïde ».

Elevée par sa mère, elle va à l'école mais elle ne peut rien apprendre. Les premières menstrues surviennent à 14 ans et apparaissent ensuite normalement et régulièrement. Cette époque de puberté est marquée par une accentuation des troubles de l'humeur et du caractère avec impulsivité, négativisme, crises de colère, cris, laceration vestimentaire, bris d'objets, etc. qui nécessitent son internement à 16 ans (en 1907) : Depuis lors, Blanche ne quitte pas nos hôpitaux. Lorsqu'elle entre dans notre service à Maison-Blanche, en octobre 1934, elle se présente dans un état accusé d'arriération mentale pro-

fonde. Elle ne sait ni lire, ni écrire, l'expression verbale est paucisyllabique (petit-nègre), pauvre et stéréotypée avec persévération, mais sa tonalité est haute et explosive, s'accompagnant de cris. Contrastant avec cette indigence d'expression du type le plus infantile, la compréhension est totale, l'affectivité très développée, très intense à l'égard de sa mère, de son père, des infirmières qui l'entourent et des médecins qui l'ont soignée. Le comportement est très désordonné et impulsif : l'incurie est absolue : Blanche se dévêt et déchire ses vêtements, sa literie, brise les objets à la portée de sa main, ainsi que les carreaux des fenêtres, vocifère à la moindre contrainte et frappe brutalement ses compagnes lorsqu'elle ne les taquine pas : c'est un vrai démon du mal.

Au physique, c'est une femme bien constituée, ne présentant aucune lésion viscérale. A noter seulement : 1° au niveau des téguments des membres supérieurs et du tronc des plages achromiques arrondies ou irrégulières simulant le vitiligo et vraisemblablement reliquat de pyodermite ; 2° Une certaine et discrète attitude soudée avec tête penchée un peu en avant, attitude sur laquelle nous ne nous sommes pas arrêtés en raison de l'habitude qu'avait la malade de se cacher en recourbant sa tête sous ses draps.

Les différentes fonctions s'effectuent normalement, parfois cependant l'appétit est capricieux et d'autres fois boulimique.

Ainsi donc : Arriération mentale profonde avec comportement impulsif et violent chez une femme vierge ne présentant aucune anomalie physique.

Dans le courant de 1936 la turbulence et l'impétuosité diminuent en même temps qu'on constate l'attitude légèrement courbée de la tête et du cou que l'on attribue à la position habituelle de la malade dans son lit, l'examen clinique ne décelant rien d'anormal, en particulier pas de douleurs.

Au cours des derniers mois de 1936, Blanche reste plus volontiers au lit, l'impulsivité est moins intense, l'opposition moins marquée et l'activité des membres supérieurs et inférieurs ralentie. Quelques douleurs sont accusées lors de la mobilisation passive des articulations scapulo-humérales et coxo-fémorales.

En juin 1937, au cours d'un examen on découvre une tuméfaction dure au niveau de la partie moyenne de la clavicule gauche : col de la fracture ; fracture passée inaperçue et que confirme la radiographie.

En octobre 1937 : fracture spontanée des deux os de l'avant-bras gauche à la partie moyenne que l'immobilisation ne soude pas (sclérodarthrose que précise la radiographie).

Peu à peu et insensiblement, les déformations osseuses deviennent considérables et l'on constate au moment présent :

Etat actuel : Le faciès exprime la crainte dès qu'on s'approche. A la face acné et lésions de grattage. Malade à peu près confinée au lit, couchée en chien de fusil sur le côté droit, la tête s'abaissant en avant

et à gauche (attitude de torticolis), le dos accusant une cypho-scoliose dont le centre de l'arc est en D⁶, la lordose lombaire subsiste mais est moins accentuée. La station debout est possible, genoux fléchis, la marche peut s'effectuer à petits pas. Vu de face le thorax est aplati dans le sens sagittal, le sternum est peu déformé mais rapproché du bassin.

La crainte de la mobilisation passive des bras ou des jambes réveille des cris ; les articulations scapulo-humérales sont reportées en avant et en dedans, semblant s'enrouler sur la partie antérieure du thorax ; le bassin est comme le thorax aplati transversalement. Le crâne présente une bosse occipitale marquée, mais il n'y a pas de zone ramollie. On note une voûte palatine ogivale et une usure prématurée des dents. Le redressement de la colonne vertébrale est impossible et la douleur à la pression des os est très marquée.

Les masses musculaires ont fondu, la réflectivité cutanée, tendino-osseuse est normale. Il n'y a pas de troubles des sensibilités superficielles et profondes. Oûie et vue sont normales. — A noter une poly-pollakiurie avec pyurie symptomatique d'une pyélonéphrite à colibacilles). L'appareil pleuro-pulmonaire est normal. Au point de vue cardio-vasculaire : bruits du cœur normaux ; T.A. : 11-8 ; pouls régulier à 72. Corps thyroïde normal. Pilosité normale du pubis, des aisselles, des sourcils. Menstrues régulières. Glandes mammaires bien conformées.

ETUDE BIOLOGIQUE. — *Electrocardiogramme*, normal dans les quatre dérivations.

Examen radiologique. — Les radiographies décèlent une décalcification du squelette mais sans images géodiques ni kystiques.

Examen radiologique du D^r Misset. — *Avant-bras gauche*, sur le radius et le cubitus : zones de transformation de Looser. Le trait de séparation entre le segment supérieur du radius et la plaque fibreuse se prolonge par des bavures ostéophytiques. Sur le cubitus, l'obliquité et la netteté des traits font penser à une fracture spontanée. Erosions au niveau de l'apophyse styloïde du cubitus et plages de raréfaction corticale sur le deuxième métacarpien.

Colonne vertébrale. — Les corps vertébraux sont décalcifiés et présentent une accentuation de leur concavité latérale (tendance à la forme en diabol). Il existe un tassement lombo-sacré.

Bassin. — Contre l'articulation sacro-iliaque gauche, un élément iliaque quadrilatère est encadré par l'interligne et une zone de Looser. L'ouverture du bassin répond au type classique de l'ostéomalacie : il se rétrécit surtout en regard des points d'appui fémoraux et se replie au niveau de plaques fibreuses placées symétriquement de part et d'autre du trou obturateur.

Thorax. — Déformé par l'angulation des côtes le long d'une ligne verticale étendue dans la région dorsale un peu en dedans de la ligne axillaire.

Clavicule droite : grosse déformation avec chevauchement des fragments.

Examen urinaire. — Quantité : 2 litres *pro die*. Aspect clair ambré et moiré, les urines ont perdu leur brillant ; dépôt purulent abondant. Examen microscopique direct : entre lame et lamelle, nombreux cocci et bacilles petits peu mobiles. Etalement : nombreux polynucléaires altérés, très rares cellules épithéliales, de type pavimenteux ; bacilles courts ne prenant pas le Gram, colorés au bleu. Colonies rouges sur gélose lactosée tournesolée. Conclusions : *Bacterium coli*.

Examen chimique urinaire. — P : 1 gr. 44 par 24 heures ; en P_2O_5 : 0 gr. 56 p. 1.000 ; Ca : 0 gr. 26 p. 1.000.

Sang. — Examens des 19 et 27 juin sensiblement identiques : hémoglobine : 80. V.G. = 1,2. Temps saignement : 3 minutes. Temps coagulation : 12 minutes. Hématies : 3.080.000. Leucocytes : 5.200. Poly. neutro. : 68 p. 100. Poly. éosin. : 0. Poly. baso. : 1 p. 100. Grands mono. : 4 p. 100. Moyens mono. : 17 p. 100. Lympho. : 10 p. 100.

Myélogramme, 28 juin 1939 : friabilité extrême de l'os et grande vascularisation.

Série rouge : 36 p. 100 = normoblastes polychromat. : 32 p. 100. ; Proérythroblastos : 1 p. 100 ; macroblastos baso. : 3 p. 100. Hématoblastos très peu nombreux.

Série blanche : 64 p. 100 = polynucléaires neutrophiles : 30 p. 100 ; poly. éosino. : 1 p. 100 ; myélocytes neutro. : 28 p. 100 ; myélocytes éosin. : 2 p. 100 ; myélocytes baso. : 1 p. 100 ; métamyélocytes : 1 p. 100 ; leucoblastos : 0,5 p. 100 et plasmocytes : 0,5 p. 100. On ne décèle pas de cellule myélomateuse (ce qui permet d'éliminer la myélomatose décalcifiante diffuse de R.-J. Weissenbach et J.-A. Lièvre).

Sang. — Examens des 2, 6, 9 et 11 juin 1939 :

Cl. plasmatique : 3 gr. 70, 3 gr. 75, 3 gr. 68.

Cl. globulaire : 1 gr. 90, 1 gr. 92, 1 gr. 98.

Cl. Glob.

Cl. Plasm. = 0,51, 0,51, 0,53.

Urée sérum (xanthidrol) = 0 gr. 28 p. 1.000, 0 gr. 30 p. 1.000, 0 gr. 25 p. 1.000.

Sérum albumine : 47 gr., 50 gr., 52 gr., 48 gr. p. 1.000.

Sérum globuline : 26 gr., 29 gr., 28 gr., 26 gr. p. 1.000.

S. A.

S. G. = 1,8 1,7, 1,8, 1,8.

Examens des 6, 7, 9 et 10 juillet :

Ca total sérum : 0 gr. 115 p. 1.000, 0 gr. 122 p. 1.000.

P. total sérum : 0 gr. 050 p. 1.000, 0 gr. 044 p. 1.000.

Ph sanguin : 7,34.

Le poids a subi des fluctuations entre un maximum de 48 kgr. et de 38 kgr., poids actuel.

Nous avons bien affaire à l'histoire typique d'une ostéomalacie, évoluant lentement durant des années (1935-1939), marquée par des fractures multiples : de la clavicule gauche, de l'avant-bras gauche avec grosses déformations et pseudarthrose, douleurs, ramollissement et déformations des os surtout remarquables au niveau du rachis (cyphose dorsale moyenne), du thorax (aplatissement latéral avec enroulement des articles scapulo-huméraux), du bassin (aspect en chiffon) — ostéomalacie de l'âge mûr (44-48 ans) chez une femme, sans passé génital, mais chez laquelle une infection sévère à l'âge de deux ans a profondément mordu l'organisme.

On ne trouve pas de trace d'ostéomalacie chez les ascendants, aussi inclinons-nous à attribuer une part importante dans le déterminisme de l'ostéolyse (par troubles endocriniens) à l'épisode infectieux de la première enfance, lequel est responsable également de l'évolution défectueuse du système nerveux, conditionnant le syndrome d'arriération mentale — et c'est un exemple typique de ces associations que l'on peut dire constantes, de troubles nerveux et de troubles endocriniens sur lesquels nous avons déjà insisté.

Cette observation tire donc tout son intérêt des problèmes qu'elle pose. Au point de vue biologique nous notons : 1° Une certaine mononucléose sanguine, le myélogramme ne montre aucune image anormale ; au point de vue biochimique : l'urée sang est très légèrement supérieure à la normale (l'étude des fonctions hépatiques n'est pas achevée), les rapports sérum albumine-sérum globuline sont normaux, de même que les rapports chlorés. Par contre, on note un taux de calcium sanguin équivalent ou légèrement supérieur au maximum normal, et un taux de phosphore sérique très inférieur à la normale. 2° La calciurie est de 0 gr. 260 p. 1.000, donc augmentée par rapport au chiffre moyen de 0 gr. 150 par 24 h. L'élimination phosphorée peut être considérée comme sensiblement normale. L'existence des troubles urinaires permet d'envisager les relations entre le fonctionnement rénal et le squelette, entre la pyélonéphrite et l'ostéolyse. Cette pyélonéphrite à coli, évoluant sournoisement et dont nous ne pouvons préciser la préséance par rapport à l'ostéolyse, pourrait, en effet, jouer un rôle.

Comme le soutient Leriche, les éléments calciques libérés ont un sort variable : ceux qui ne restent pas sur place ou ne servent pas au remaniement osseux de voisinage sont éliminés par les voies digestives et urinaires, et cela peut fort bien entraîner quelques dommages, surtout au niveau des épithéliums rénaux —

déterminant un état d'acidose rénale provocatrice de l'ostéolyse. Malheureusement l'impossibilité de reconnaître la précession des phénomènes nous empêche de pouvoir affirmer l'ostéopathie rénale.

A notre point de vue l'étiologie de l'ostéolyse est ici la conséquence de perturbations humorales elles-mêmes sous la dépendance de l'infection de la première enfance, qui frappa en même temps le système nerveux ; le système osseux constitue en effet une entité biologique soumise à des mécanismes généraux d'ordre humoral. La pathologie offre de nombreux exemples de déminéralisation du squelette, déminéralisation tantôt localisée (d'apparence), telle l'ostéoporose sénile ou celle déterminée par l'hyperparathyroïdisme pathologique ou expérimental, par les acidoses, mais en réalité il s'agit toujours de déminéralisation générale, affectant avec plus d'intensité d'abord certains articles, pour s'étendre cependant et d'emblée à toute l'économie.

Or, phénomène digne de remarque : les troubles du métabolisme du calcium ont retenti sur le comportement de notre malade : celle-ci est devenue plus calme, moins impulsive, moins opposante depuis l'accentuation des manifestations ostéomalaciques. N'y a-t-il là qu'une coïncidence ? ou bien cette amélioration du comportement ne serait-elle que la conséquence de l'impotence relative de certains articles ? et n'aurait-elle rien à voir avec les perturbations du métabolisme calcique ?

Autre point : Nous avons admis le rôle majeur de l'adultération endocrino-nerveuse par l'infection grave lors de la première enfance, or comment se fait-il que cette ostéomalacie n'ait apparu que vers la 44^e année ? Ne pourrait-elle être seulement la conséquence d'une carence alimentaire ? d'une avitaminose D, A et B par exemple ? La malade n'a jamais quitté l'hôpital où l'alimentation est saine et non carencée ; il y a eu, il est vrai, des périodes où l'alimentation était irrégulière mais elle était toujours suffisante ; elle n'a jamais eu de privations physiques mais elle a fait, paraît-il, autrefois, dans un autre service que le nôtre, de longs séjours dans une cellule obscure. Cette privation de radiations solaires doit être prise en considération. Depuis plus de quatre ans que nous observons la malade, l'alimentation est régulière, l'appétit étant le plus souvent excellent. Les fonctions digestives s'effectuent normalement ; on note cependant parfois de petites crises diarrhéiques. Et puisqu'il n'y a pas ici de carence alimentaire, serait-ce l'absorption et l'assimilation qui seraient déficientes et nous trouverions-nous en présence de carences d'utilisation « liées à des facteurs endogènes d'ordre

métabolique » ? comme le dit J. Decourt ; il y a longtemps que nous le pensons.

A notre avis un grand nombre de syndromes mentaux dépendent étroitement de ces troubles d'utilisation des substances assimilables, en raison de perturbations viscérales que l'on peut extérioriser presque dans tous les cas de pathologie mentale : ces carences d'utilisation sont tout aussi importantes (tant en pratique qu'en théorie) que les carences vitaminiques des régimes alimentaires insuffisants ou mal équilibrés ; aussi ne saurions-nous assez insister sur ce point.

Nous allons donc traiter, chez notre malade, la pyélonéphrite d'abord, puis l'ostéolyse par des injections à grosses doses (en raison des carences d'utilisation) de vitamines A, B et D par la voie la plus active, c'est-à-dire la voie intramusculaire, et nous suivrons parallèlement les modifications cliniques et humorales afin de vous faire part des résultats obtenus.

La séance est levée à 11 heures 50.



ERRATUM de la séance du 26 juin 1939 dans le procès-verbal de la discussion des communications de MM. DUBLINEAU et DUCHÊNE sur les troubles mentaux des buveurs.

A la page 104 des *Annales médico-psychologiques*, lire, dans la réponse de M. DUBLINEAU : « J'ai identifié le rôle de la syphilis dans 20 % des cas (et non dans 76 %). »

Les secrétaires des séances,
Paul CARRETTE et Jacques VIÉ.

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

Séance du Jeudi 6 Juillet 1939

Présidence : M. MONIER-VINARD, ancien président

Myasthénie améliorée par la prostigmine,
par MM. LAIGNEL-LAVASTINE, H.-M. GALLOT et L. PHILIPPE.

Les auteurs présentent un myasthénique grave avec troubles hépatiques qui, traité depuis trois mois par la prostigmine, est très grandement amélioré. Cette amélioration s'est faite en deux temps : d'abord, la prostigmine sous-cutanée a entraîné une amélioration légère ; puis l'absorption par la bouche de doses d'ailleurs beaucoup plus élevées a entraîné une amélioration d'emblée considérable.

Fait important, depuis un mois l'amélioration semble s'accroître quoique la dose reste stationnaire.

Tabès polyarthropathique avec steppage,
par MM. LAIGNEL-LAVASTINE, H.-M. GALLOT et L. PHILIPPE.

Les auteurs présentent un tabétique, ancien hémiplegique gauche, qui steppage en raison de la paralysie de la cinquième paire lombaire et de la première sacrée par compression résultant de l'écrasement des quatrième et cinquième lombaires par traumatisme indirect d'une arthropathie vertébrale.

Les membres fantômes dans les sections totales et subtotaless
de la moelle dorsale, par MM. J. LHERMITTE et SIGWALD.

En apportant une observation nouvelle dans laquelle on voit chez une malade de 30 ans atteinte de syndrome de transection spinale complète au

niveau du 10^e segment dorsal, apparaître des images de posture et des sensations pénibles dans le segment corporel sous-lésionnel, les auteurs rappellent les faits étudiés pendant la guerre par Riddoeh et Lhermitté. Ils montrent que malgré la division absolue de l'axe spinal, des illusions en tout semblables à celles des amputés peuvent survenir, soit dès la période de shock, soit à la phase plus tardive de l'automatisme médullaire et en étudient le mécanisme.

Si les images posturales sont aptes à éclore même lorsque le segment sus-lésionnel est privé de toutes ses afférences, il faut reconnaître que les images illusionnelles se montrent plus vivantes et plus précises à la période tardive du syndrome de la transection; de telle sorte que l'on peut se demander si dans la genèse de la création de ces membres fantômes l'on ne doit pas faire jouer un rôle aux fibres des racines postérieures, dont la quasi-constance de la régénération a été mise en lumière par Lhermitté chez les blessés de la moelle.

Discussion

M. ANDRÉ-THOMAS demande à l'auteur s'il a pu observer que ces fibres gagnaient les noyaux de Goll et de Burdach. Quant à lui, il ne croit pas possible d'admettre la régénération de la sensibilité par ces fibres-là.

M. BARRÉ, qui a étudié durant la guerre nombre de traumatismes, a constaté que, dans certains cas, lors de la recherche de certains réflexes, le sympathique doit certainement jouer un rôle dans la restauration de la transmission de la sensibilité. Quant à l'autre problème, il estime que les petites lésions sympathiques pourraient peut-être être considérées comme de petits névromes qui seraient en rapport avec les hallucinations posturales.

Syringomyélie cervicale tardive après blessure non suppurée du poignet, par M. BARRÉ.

Sur les accidents cérébraux de la transfusion sanguine, par MM. J. LHERMITTE et CLIQUET.

Les auteurs rapportent une nouvelle observation d'hémiplégie consécutive à une transfusion correctement pratiquée. Hémiplégie droite avec aphasie. Dix-sept mois après l'accident, on observe encore les reliquats très appréciables de l'hémiplégie et de l'aphasie. Dans ce fait, la nature de la lésion destructive du cortex temporo-rolandique gauche ne saurait être douteuse. Il s'agit très certainement d'un foyer malacique lié à une thrombose partielle de la sylvienne gauche.

Traumatisme cranio-cérébral et trouble mental, par MM. KREBS et PUECH.

MM. Ed. Krebs et P. Puech présentent l'observation d'une traumatisée du crâne qui, un mois après son accident, dut être placée dans une maison de santé pour troubles mentaux. Il s'agissait d'un syndrome de confusion mentale avec délire onirique. L'association à ces symptômes prédominants, d'une hémi-parésie gauche sans troubles de la sensibilité profonde, et d'une douleur à la pression de toute la région fronto-temporale droite sans fracture du crâne, fit porter aux auteurs le diagnostic de compression du lobe frontal droit, en dépit de l'absence de céphalée et d'altération du fond d'œil. L'intervention permit de mettre au jour dans les limites du lobe frontal et

d'enlever une membrane épaisse de néoformation sous-durale, après l'évacuation d'un kyste séro-hématique contenu entre cette membrane et l'arachnoïde. Cet ensemble que les auteurs tendent plutôt à considérer comme une variété de pachyméningite traumatique kystique que comme un hématome sous-dural authentique, s'accompagnait d'œdème cérébral et d'un certain degré de méningite séreuse. Après des suites opératoires sans incidents, tous les troubles présentés par la patiente ont rapidement et complètement guéri.

Les auteurs soulignent, avec l'intérêt de ces découvertes anatomiques, l'importance du trouble mental dans l'ensemble symptomatique qui a servi ici d'indication opératoire, l'heureux résultat de l'intervention sur ce trouble mental, enfin la valeur de leur observation au point de vue médico-légal.

Association d'un syndrome poliomyélitique et d'un syndrome parkinsonien, par MM. ALAJOUANNE et MIGNOT.

Les auteurs présentent un malade atteint de troubles moteurs des membres inférieurs et d'un syndrome parkinsonien prédominant à gauche. Ils soulignent l'intérêt de l'ordre chronologique d'apparition des troubles. Après un épisode fébrile de huit jours sont apparus des troubles moteurs qui furent traités par le sérum poliomyélitique. Au cours de la période fébrile, il semble que le malade, qui dit avoir dormi, ait présenté de la confusion mentale.

Les auteurs estiment qu'il n'est pas douteux qu'il s'agit de la maladie de Heine-Medin, qui fut accompagnée d'une lésion haute. La somnolence dans ce cas est connue depuis longtemps ainsi qu'on peut le constater en lisant Vulpian.

Ce cas montre que d'autres infections que l'encéphalite épidémique peuvent créer ultérieurement un syndrome parkinsonien.

Discussion

M. MOLLARÉ pense que la thèse adverse devant ce cas peut aussi être soutenue. Une telle somnolence paraît très éloignée de la poliomyélite ; l'âge aussi est par lui-même en dehors de la règle. Le Babinski est encore une anomalie. L'argument de fréquence est encore un élément favorable du diagnostic d'encéphalite, qui cadrerait peut-être mieux. On pourrait peut-être trancher par la voie biologique en procédant à l'inoculation au singe du sang du malade.

M. LHERMITTE estime qu'on rencontre bien des syndromes parkinsoniens dans la poliomyélite, mais ils sont très rares.

M. HAGUENAU se déclare d'accord avec M. Mollaret pour essayer la méthode biologique, mais la considération de l'évolution, longue, progressive, continue, fait songer à l'encéphalite épidémique.

M. YVAN BERTRAND remarque qu'on limite le débat en discutant maladie de Von Economo ou maladie de Heine-Medin. Mais n'y a-t-il pas d'autres hypothèses.

La maladie a commencé au Chili. N'y a-t-il pas des épidémies mal connues de nous ? Pour sa part, il a vu un cas d'une maladie contractée au Japon, dans lequel étaient surajoutés des éléments de la maladie de Von Economo.

M. LECONTE.

Société de Neuro-Psycho-Pathologie Infantile

Séance du 29 Juin 1959

Présidence : M. Th. SIMON, président

Le problème de l'orientation scolaire et post-scolaire des épileptiques, par M. Léon MICHAUX

Ce problème, qui se pose journellement, n'est qu'exceptionnellement réglé de façon satisfaisante, en raison de la carence actuelle d'établissements médico-pédagogiques spécialisés.

L'adaptation scolaire et professionnelle de ces sujets est difficile pour plusieurs raisons : outre les crises convulsives typiques et leurs équivalents, les épileptiques présentent des troubles psychiques qui sont un obstacle important au travail scolaire. On peut observer des troubles passagers, liés aux crises ou les remplaçant, ou des troubles permanents portant sur l'intelligence et le caractère : arriération, démence, obnubilation, lenteur de l'idéation. Tous ces troubles rendent l'action pédagogique particulièrement décevante, ou sont une cause de révoltes, d'incidents. Ils motivent souvent le licenciement de l'enfant et démontrent bien la nécessité d'internats spécialisés.

Le traitement par les barbituriques, qui agit souvent si favorablement sur les troubles convulsifs, reste presque inactif sur les troubles mentaux. D'autre part la dose de barbiturique nécessaire à la cédation des crises provoque en général un certain degré de torpeur, une diminution de la capacité d'attention qui compliquent encore le problème scolaire.

Ce problème serait résolu par la création d'établissements médico-pédagogiques spéciaux. En dehors des instituts privés, onéreux, il n'existe pas d'organisation adéquate. L'enfant est alors abandonné à lui-même, jusqu'au moment où il commet un délit qui amène son internement, ou au contraire confiné à la maison par la famille.

Le régime de l'internat serait indispensable dans ces instituts médico-pédagogiques, car l'éducation et le traitement doivent être poursuivis parallèlement à l'instruction. On en excluerait : les sujets atteints de troubles graves du caractère, de démence, de crises subintrantes. L'entrée à l'institut serait précoce (6 à 7 ans si possible), les classes multiples, le travail suspendu pendant les périodes d'obtusion. Les instituteurs seraient spécialisés, les sujets peu nombreux pour chaque classe. Une place importante devrait être réservée à l'éducation manuelle, aux sports sans danger.

L'orientation post-scolaire de ces sujets n'a pas moins d'importance. Ce sont surtout les épilepsies de gravité moyenne qui posent des problèmes délicats (les grands épileptiques finissant à l'Asile, les petits épileptiques

ayant une existence presque normale). Le placement doit être de préférence rural. On ne devrait plus voir de ces sujets que les renvois successifs conduisent au vagabondage, et de là, au délit.

Une tentative d'externat pour filles épileptiques a été réalisée par M. Paul-Boncour.

Depuis un siècle, avec Ferrus, l'organisation de l'assistance aux épileptiques a été réclamée. Tant qu'elle ne sera pas réalisée, et d'une façon globale, les drames judiciaires, les délits commis par ces parias de la société continueront à être observés.

A l'étranger, nombre d'initiatives intéressantes ont été prises. En France, M. Cellier, d'une façon très complète, a envisagé le mode de fonctionnement de ces établissements, dont la création aurait le double avantage d'améliorer le sort de ces malades et de dégrèver le budget des hôpitaux, des asiles et des prisons.

DISCUSSION

Mlle SERIN fait remarquer que les familles consentiront difficilement à confier leurs enfants à ces internats, et surtout, elle suppose que les malades adultes refuseront d'accepter volontairement cet isolement.

M. GUILLMAIN attire l'attention sur l'importance du dépistage des formes frustes d'épilepsie par les instituteurs.

M. HEUYER émet néanmoins le vœu que le dépistage et le placement des épileptiques se fasse dans le sens indiqué par le rapporteur.

S. LECONTE-LORSIGNOL.

Société Royale de Médecine Mentale de Belgique et Société Belge de Neurologie

Séance du 24 Juin 1939

Présidence : M. R. NYSSSEN, président

Cette séance commune des deux Sociétés s'est tenue sous la présidence de M. le Professeur R. NYSSSEN, à Liège, à l'occasion des Journées médicales, dans le cadre de l'Exposition internationale de l'Eau.

Polynévrite toxique provoquée par l'uliron, par M. A. LEROY

Pour soigner une blennorragie, un jeune homme prend 30 centigr. d'uliron en trois semaines. Après guérison de la gonorrhée, il accuse des troubles parétiques d'abord aux membres supérieurs, puis aux membres inférieurs,

et une douleur spontanée au niveau des mollets. Objectivement, on constate l'abolition des réflexes achilléens et l'existence d'une réaction de dégénérescence partielle au niveau de certains muscles distaux, ainsi que de la sulfhémoglobinémie. Après s'être aggravés pendant 7 semaines, les troubles moteurs ont évolué vers la guérison qui, à l'heure actuelle, n'est toutefois pas encore parfaite.

Le traitement de la migraine par les injections de cardiazol, par M. A. LEROY

L'auteur préconise de recourir aux injections de cardiazol par voie intramusculaire dans les cas de migraine. Il rapporte plusieurs observations dans lesquelles ce traitement amena une amélioration durable, même après que les injections médicamenteuses eussent été suspendues.

Un cas de myotonie familiale au froid, par M. J. RADERMECKER

Présentation d'un malade de 25 ans atteint d'une dystrophie musculaire héréditaire et congénitale. L'auteur insiste particulièrement sur l'influence très marquée du froid sur l'apparition de la crampe myotonique : le sujet, qui put remplir ses obligations militaires pendant les mois d'été, en fut totalement incapable dès l'automne. Quelques minutes d'immersion de l'avant-bras dans l'eau froide suffisent d'ailleurs pour déclencher une forte réaction myotonique lors des mouvements successifs d'ouverture et de fermeture de la main. Contrairement à ce que l'on note habituellement dans la Maladie de Thomsen, ces mouvements deviennent de plus en plus pénibles au fur et à mesure qu'ils se répètent. Objectivement, on ne constate pas d'atrophie musculaire. On provoque aisément une réaction myotonique par percussion de certains muscles, au niveau des régions scapulaires par exemple. La chronaxie atteint, suivant les muscles considérés, de 20 à 50 fois sa valeur normale. Oscillographiquement, les courants d'action musculaires ont, lors des premières contractions, une allure normale ; mais on constate une diminution extrêmement marquée de l'activité musculaire électrique sous l'influence du froid, de la fatigue ou de la répétition des mouvements. La calcémie est normale.

Du point de vue nosographique, l'auteur se demande si, dans la grande famille des dystrophies musculaires héréditaires et congénitales, il faut classer ce cas dans la Maladie de Thomsen ou lui réserver une place à part ?

L'azoman dans le traitement de la schizophrénie, par M. H. HOVEN

L'auteur a expérimenté chez 25 schizophrènes, avec grand succès et sans accident, un analeptique très actif : l'azoman. Celui-ci, plus facilement accepté par les malades que le cardiazol, provoque des crises épileptiques après injection intra-veineuse ou intra-musculaire. Il s'élimine très lentement ; aussi la marge thérapeutique est-elle très faible, en général 1 à 1,8 cc. de la solution aqueuse à 5 %.

L'injection intra-veineuse d'une dose adéquate d'azoman déclenche immédiatement une crise. Après injection intramusculaire, la crise ne survient au contraire qu'après 10 à 15 minutes. Si la dose injectée par voie intra-

musculaire est trop forte, la crise initiale est suivie d'une, ou même de plusieurs crises identiques.

Ce traitement, qui peut se faire sous coma insulinique, calme particulièrement bien les schizophrènes chroniquement agités. Dans les cas de schizophrénie très évoluée, des résultats favorables ont été obtenus par la méthode de crises épileptiques répétées (déclenchées par l'injection unique d'une dose suffisante d'azoman).

Contribution à l'étude expérimentale de l'analgésie hystérique,
par MM. R. NYSSSEN et R. BUSSCHAERT

Poursuivant leurs intéressantes recherches sur les signes permettant d'objectiver les troubles sensitifs hystériques, les auteurs étudient plus particulièrement dans ce travail les réactions pneumographiques à la douleur. Ils montrent que chez huit sujets atteints d'analgésie hystérique, des excitations douloureuses inopinément portées sur une région des téguments déclarée insensible déterminent de très faibles modifications pneumographiques : il s'agit, suivant les cas, d'une diminution ou d'une augmentation de l'amplitude des mouvements inspiratoires ou d'une accélération ou d'un ralentissement modéré de ceux-ci. Mais si l'on compare ces réactions, non pas à celles déclenchées sur les mêmes individus consécutivement à une stimulation identique des téguments normalement sensibles, mais à celles déterminées dans les mêmes conditions chez des sujets tout à fait normaux, on remarque aussitôt que chez les hystériques les réactions à la douleur sont extrêmement faibles. Dans leur déterminisme, des réflexes sous-corticaux interviennent vraisemblablement. Les auteurs montrent d'ailleurs que les réactions pneumographiques, également de très faible intensité, sont déterminées par une stimulation périphérique d'origine chez des chiens chloralosés au point de ne plus manifester à ce moment aucun mouvement de défense.

Ces importants travaux, dont les auteurs discutent longuement les conclusions, tendent donc aussi à faire admettre la réalité biologique des troubles sensitifs dits hystériques.

Etude électrencéphalographique
d'un nouveau cas d'anesthésie hystérique, par M. J. TIEBA

Cette étude électrencéphalographique a été poursuivie chez un sujet de 42 ans, victime d'un accident du travail en 1931 et présentant depuis lors des troubles sensitivo-moteurs et un mutisme à l'origine desquels les examens répétés n'ont situé aucune cause organique. Les zones d'anesthésie s'étendaient symétriquement aux deux membres inférieurs, depuis leur extrémité jusqu'à une limite circulaire passant par la partie moyenne des rotules. Le caractère hystérique de ces troubles sensitifs est encore prouvé par leur disparition totale à la suite d'un traitement au pentaméthylène tétrazol, préconisé en guise de torpillage.

Une première série d'expériences a été pratiquée en février et mars 1939, au moment où existaient encore les anesthésies typiques. Les tracés électrencéphalographiques recueillis à cette époque montrent que les excitations tactiles, thermiques et douloureuses produisent une réaction d'arrêt tout à

fait caractéristique lorsqu'elles sont portées sur une partie des téguments où la sensibilité est conservée, mais que les ondes de Berger conservent un rythme et une amplitude inchangés pendant que des stimulations identiques sont appliquées sur une zone des téguments déclarée insensible par le sujet.

Une seconde série de recherches s'est effectuée en fin avril 1939, lorsque les troubles sensitifs avaient déjà à peu près totalement disparu. On remarque alors, outre une augmentation générale de l'amplitude des ondes de repos (qui atteignent 100 à 125 microvolts), l'existence d'une réaction d'arrêt typique consécutivement à une stimulation périphérique quelconque, que celle-ci intéresse une zone dont la sensibilité ne fut jamais perturbée ou au contraire, une région qui, quelques jours auparavant, était encore déclarée anesthésique.

Ces recherches, confirmatives de celles déjà publiées par l'auteur, contribuent donc aussi à objectiver la réalité biologique des troubles sensitifs dits hystériques.

Un cas de myotonie congénitale d'Oppenheim, par M. CHRISTOPHE

Présentation d'un garçon de 5 ans qui, dans la première enfance, a manifesté les troubles fonctionnels caractéristiques de cette rare dystrophie musculaire congénitale. Le diagnostic était encore confirmé par l'action bienfaisante des injections de prostigmine qui amenaient une sédation momentanée de tous les troubles cliniques. Un traitement par vitamines A,B,C et D à hautes doses, établi depuis deux ans détermina une amélioration considérable à tous points de vue : diminution de la fatigabilité musculaire au point de permettre des marches relativement longues, relèvement de l'état général, réveil de l'activité psychique. L'auteur insiste sur ce genre de traitement qui, à sa connaissance, n'avait jamais encore été employé auparavant avec un tel succès.

J. TITECA.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

VI^e Réunion Européenne d'Hygiène Mentale

(Lugano, 4-6 juin 1939)

Présidence : M. le Docteur REPOND

La VI^e réunion Européenne d'Hygiène Mentale s'est tenue à Lugano (Suisse), à l'instigation du Comité National Suisse d'Hygiène Mentale, présidé par M. le Docteur A. REPOND (Monthey), et composé de MM. les Docteurs BERSOT, secrétaire (Le Landeron), O. FOREL (Prangins), M. TRAMER (Soleure), Th. BRUNNER (Zurich), MORGENTHAUER (Berne), Professeur H.-W. MAIER (Zurich), Professeur Ed. CLAPARÈDE (Genève), Professeur VON GONZENBACH, Docteur LUTZ, Professeur HANSELMANN (Zurich), Docteurs DE SAUSSURE (Paris), BLUM (Berne), Professeur STECK (Lausanne), Docteur MENG (Bâle), G. BAYLLY (Zurich).

Le Comité National Suisse avait choisi comme thème des travaux : « Compréhension mutuelle et hygiène mentale », problème dont l'étendue et l'importance sont aussi marquées dans l'actualité pratique que dans ses aspects philosophiques et spéculatifs.

Un plein succès a répondu à cet appel. Douze nations (Allemagne, Angleterre, Belgique, Esthonie, France, Hollande, Italie, Pologne, Roumanie, Suède, Suisse, Turquie) étaient représentées par 110 délégués. La délégation française (Société médico-psychologique) comprenait M. René CHARPENTIER, Mme MINKOWSKA, M. E. MINKOWSKI, M. J. VIÉ.

La parfaite organisation de la réunion par MM. REPOND et BERSOT sut associer aux séances de travail la charmante note d'art local apportée par les chanteurs tessinois « I Canterini del Ceresio » au banquet du dimanche ; et le lundi soir, la promenade en bateau sur le lac, et le dîner qui suivit sur la terrasse de l'« Albergo Svizze-

ro », à Morcote, laissèrent aux congressistes le souvenir d'une détente heureuse, dans un cadre enchanteur. La cordialité de l'accueil suisse et la beauté idyllique de la nature se fondent pour créer une atmosphère particulièrement propice à la compréhension mutuelle. En marge des séances officielles, les échanges d'idées, pleins d'animation et longuement prolongés, ont permis d'éprouver, par la pratique, l'intérêt et l'utilité profonde d'aborder dans cet esprit de sympathie les questions même les plus délicates.

OUVERTURE DE LA RÉUNION

Le dimanche 4 juin, à 17 heures, le Congrès est ouvert par M. le Conseiller d'Etat CANEVASCINI, qui, dans sa vibrante allocution de bienvenue, montre combien la Suisse donne l'exemple de la compréhension mutuelle. Les mentalités, les cultures et les langues de trois des peuples européens les plus puissants en même temps que les plus riches d'histoire et de civilisation s'y allient dans le même idéal de liberté d'une patrie commune. Et M. le Conseiller d'Etat Canevascini a marqué l'intérêt qu'il porte à la Réunion en assistant personnellement à toutes les séances.

DISCOURS INAUGURAL DU D^r REPOND, PRÉSIDENT

Hygiène mentale et compréhension mutuelle

Dans son discours inaugural, marqué d'un beau courage et d'une forte lucidité intellectuelle, le Docteur Repond affirme toute l'opportunité du thème choisi pour la réunion actuelle. C'est au moment où une épidémie menace ou a éclaté qu'on a recours aux hygiénistes. Or, il serait vain de se dissimuler que l'humanité est actuellement en proie à divers troubles collectifs de son équilibre psychique, qui ne se manifestent pas seulement dans le champ politique international, mais ont aussi un retentissement profond dans le domaine social, familial et individuel. Il est naturel que l'hygiène mentale s'en occupe, qu'on l'en prie ou non.

La compréhension mutuelle, fonction mentale à la fois élémentaire et extraordinairement complexe, est à la base de tous les rapports sociaux. Elle paraît être une donnée immédiate de la conscience, mais elle dépend d'un grand nombre de prédispositions individuelles, et l'on aura à étudier en quoi elle est déterminée et influencée par la constitution, le tempérament, l'affectivité, le caractère, la vie émotionnelle et instinctive, l'éducation, l'entraînement, le milieu et aussi par ses moyens et ses possibilités de perception et d'expression.

On évitera dans cette étude de partir de postulats éthiques ou métaphysiques, de conclusions ou d'observations superficielles partielles ou sommaires (lutte pour la vie, sélection naturelle, élimination des faibles par les forts). Les sociétés humaines, en se compliquant, en viennent à donner à leurs difficultés collectives d'entente des solutions de plus en plus brutales et empiriques, les individus s'abandonnent à des pulsions instinctives réprimées dans l'ordinaire de la vie, tendent à vouloir supprimer l'angoisse par la suppression des êtres qui semblent en être la cause apparente. La complexité croissante de la vie fausse le fonctionnement des lois primitives qui régis-

saient les rapports sociaux. Les sciences sociologiques, morales et politiques sont en échec. Cela explique qu'on en soit réduit aux impératifs catégoriques des métaphysiciens et pratiquement aux formules les plus diverses et les plus contradictoires d'un empirisme à courtes vues.

L'hygiène mentale peut-elle apporter à ces troubles quelque clarté et quelques mesures de prophylaxie ?

Les conceptions individuelles du monde, qui influencent si fortement la compréhension mutuelle, reposent sur les personnalités de leurs auteurs et répondent à un but commun, l'apaisement et la suppression de l'angoisse. Elles sont orientées dans deux directions : optimistes et pessimistes. Les conceptions pessimistes voient l'humanité composée de troupeaux passifs, et l'homme un être faible plein de concupiscence. Les optimistes le voient indéfiniment perfectible et rejettent les régressions sur les circonstances extérieures. Les deux conceptions aboutissent à des solutions de contrainte, de stricte discipline.

La connaissance meilleure des mécanismes psychologiques inconscients et de certaines déterminations mentales montre qu'elles ne sont ni nécessaires ni fatales, mais capables de sublimation, d'adaptation grâce à un effort individuel constamment renouvelé.

Au premier rang de ces mécanismes perfectibles se trouve la compréhension mutuelle. A côté des troubles individuels que nous en révèle la pratique psychiatrique, M. Repond souligne les troubles collectifs développés dans le domaine social. Une masse considérable d'individus sont inadaptés aux conditions d'une vie de plus en plus précaire et difficile : insuffisance intellectuelle, moindre résistance affective, désadaptation par passage de la vie rurale à la vie urbaine, constituent un prolétariat flottant, élément moralement inerte et parfois collectivement dangereux. La diminution du sentiment de la responsabilité personnelle, la passivité et la dépendance des autres leur font rechercher, dans une abdication d'une liberté dont ils ne savent que faire, un remède à leur anxiété, à leur jalousie. Partout on retrouve, à la base des incompréhensions, l'angoisse humaine.

Il nous faut indiquer les moyens de l'atténuer, de la sublimer, de la divertir sur des tâches utiles.

CONSTITUTION DU COMITÉ EUROPÉEN D'HYGIÈNE MENTALE

Dans une séance administrative, la Réunion adopte les *Statuts du Comité Européen d'Hygiène Mentale*, organisme permanent destiné à coordonner l'action des diverses organisations européennes s'occupant d'Hygiène Mentale. Puis, conformément à ces statuts, formée en assemblée générale, la Réunion procède à l'élection du Bureau.

Statuts du Comité Européen d'Hygiène Mentale

1. Le Comité Européen d'Hygiène Mentale a pour but, en liaison avec le Comité International d'Hygiène Mentale, de coordonner et d'encourager l'action des diverses organisations européennes qui s'occupent d'Hygiène Mentale.

2. Chaque nation pourra être représentée à ce Comité Européen par 3 délégués.

3. Sont considérées comme organisations faisant partie du Comité Euro-

péen et habilitées à y désigner des délégués les ligues et comités nationaux d'hygiène mentale ou les sociétés scientifiques psychiatriques qui se sont faits officiellement représenter à l'une au moins des 6 premières Réunions Européennes. Toute nouvelle adhésion sera soumise à l'acceptation du Bureau.

4. Ce Bureau, composé d'un président, de cinq vice-présidents et d'un secrétaire-trésorier, est élu dans son sein par le Comité pour trois ans et à la majorité des suffrages exprimés.

5. Le Comité convoque dans la règle une fois par an une Réunion Européenne d'Hygiène Mentale. Il tient à cette occasion son Assemblée Générale.

6. Lors de l'Assemblée Générale, le Comité, sur la proposition du Bureau, fixe le siège, la date et le programme scientifique des réunions. Il désigne le Comité local chargé de les organiser.

7. Un règlement des Réunions Européennes sera établi par les soins du Comité.

Bureau du Comité Européen

Le Bureau du Comité Européen d'Hygiène Mentale a été constitué comme suit :

Président : Professeur Auguste LEY (Belgique).

5 *Vice-Présidents* : Professeur BOUMAN (Hollande) ; Docteur René CHARPENTIER (France) ; Professeur MEDDA (Italie) ; Miss Docteur ONLUM (Grande-Bretagne) ; Docteur ROEMER (Allemagne).

Secrétaire général : Docteur H. BERSOT, Le Landéron, près Neuchâtel (Suisse).

Le siège du Comité est au Landéron, près Neuchâtel (Suisse).

La prochaine réunion aura lieu à Stockholm en 1940.

Lundi 5 juin, séance du matin

Comprendre et compréhension mutuelle, par M. le Dr G. BALLY (de Zurich).

La compréhension mutuelle est l'expression, par le geste et la parole, d'une disposition intérieure préalable. L'auteur trouve cette disposition primitive déjà chez l'animal et notamment chez les Anthropoïdes. Elle est d'autant plus pure que les moyens de compréhension sont plus simples. Cette modalité primitive a, chez l'homme, une importance plus grande qu'il ne semble. Mais tandis que l'animal vit entièrement dans le présent, chez l'homme s'y ajoutent le langage et le sentiment du devenir, qui donnent à la vie son sens pleinement humain. Les deux éléments demeurent fusionnés dans les civilisations primitives, grâce au rythme de la poésie épique et liturgique. Le langage donne à l'homme la possibilité de communiquer ses sentiments, mais aussi d'en faire naître chez les autres : il en résulte tout un art. Mais déjà Sophocle dénonçait le paradoxe tragique : avec ses possibilités illimitées, la technique de compréhension apportait avec elle une indétermination sans issue.

Une question semblable se pose à l'homme d'aujourd'hui. Il ne se connaît plus lui-même. Il croit à la technique, à l'efficacité illimitée de la science

occidentale, dirigée vers l'action sur le monde extérieur. Mais il a délaissé la technique intérieure de la vie et du psychisme, la maîtrise de sa volonté. Il est devenu fonction des outils créés par lui (Freud), il est un « Dieu de Prothèse ». Il n'est pas un Dieu, mais un infirme angoissé par un profond malaise qui le mène à la fuite dans la névrose, dans la perversion, dans la toxicomanie ; le procédé moderne de compréhension, la propagande, atteint les hommes dans la mesure où ils sont uniformes, elle leur évite toute critique personnelle.

La psychothérapie doit avoir pour but l'individuation. Au point où l'homme devient conscient de sa grandeur et de son infirmité, il parvient à se comprendre lui-même et retrouve ses rapports normaux avec le monde.

Les fondements biologiques de la compréhension mutuelle, par le Dr J. Vié (de Paris).

1° Phénomène essentiellement psychologique, la compréhension mutuelle repose sur une tendance profonde de l'être, se manifestant dans ses modalités inférieures jusque chez l'animal. L'attitude en face du semblable, de « l'Autre » (P. Janet) constitue l'un de ces comportements fondamentaux, vrais lieux de contact entre la psychologie et la biologie.

2° Dans la série des êtres, on va de l'individualité zoologique pure à une individuation progressive : les fonctions ne sont plus identiques, mais analogues. L'interattraction de *Rabaud* objective l'instinct social des classiques. De la reconnaissance réciproque des fourmis, du premier sourire de l'enfant à sa mère, la C. M. se traduit par le jeu, la coopération, etc., chez tous les êtres normaux. Affaiblie chez l'insuffisant, la C. M. est anéantie chez le délinquant.

3° Les facteurs endocrino-sympathiques et cérébraux de la différenciation du Caractère conditionnent l'intensité des réactions émotives, la régulation des besoins et des désirs. La C. M. est liée à l'harmonie par synchronisme ou par complémentarité de ces rythmes fonctionnels, dont les troubles la frappent d'incompatibilité.

4° L'instinct sexuel, base du couple, joue un rôle de première importance. Son évolution apporte, dans les divers âges de la vie, des problèmes liés à son accomplissement normal ou à son insatisfaction.

5° Les groupements humains retentissent sur la biologie de la C. M., dans la seule mesure où ils impliquent des facteurs physiologiques, qui se ramènent aux problèmes individuels de psycho-physiologie cérébrale. Nous rejetons le fatalisme de la synthèse somato-psychique de *Kretschmer*, ses types purs relèvent de la pathologie.

6° En montant l'échelle des niveaux mentaux, la superstructure psychologique acquiert une importance toujours croissante. L'élaboration idéo-affective des facteurs biologiques prime bientôt ces facteurs eux-mêmes. De la résonance rythmique des fonctions, on passe au solidarisme conscient.

Les bases biologiques de la compréhension mutuelle, par M. le Professeur KRETCHMER (de Marburg).

Parmi les multiples aspects du sujet à traiter, M. le Professeur Kretschmer dégage un problème principal, celui de la courbe vitale, c'est-à-dire des fluctuations et des crises que subissent les fondements biologiques de la personnalité au cours du développement et surtout aux grands tour-

nants, aux points critiques de la vie. Il montre comment ces fluctuations du terrain biologique exercent une répercussion sur la compréhension avec l'ambiance, c'est-à-dire sur les relations sociales, comment elles peuvent être influencées médicalement. L'analyse des perturbations des relations sociales montre que ces perturbations sont à leur tour produites par des modifications constitutionnelles. L'auteur insiste surtout sur l'évolution des instincts lors de la puberté, sur les modifications post-pubérales, involutives, et enfin sur les problèmes de la sénilité. A la puberté, le parallélisme du développement physique et mental subit parfois des troubles, il y a des décalages, des retards effectifs de l'une des séries par rapport à l'autre, ou des retards de certains de leurs éléments. Ces faits ont un gros intérêt dans la genèse des névroses et des psychoses. Certains troubles psychologiques tels que les mouvements de révolte des jeunes devant l'autorité parentale, n'ont pas toujours une signification morbide. Les grandes phases de la vie, par les modifications somatiques et constitutionnelles qu'elles entraînent, exercent des répercussions caractéristiques et intenses sur les contacts sociaux, sur les modalités de la vie personnelle et l'orientation de la destinée de l'individu y compris la genèse des névroses et des psychoses.

Les bases psychologiques de la compréhension mutuelle,
par M. le Professeur Auguste LEY (de Bruxelles).

Toute réunion d'individus se fait sous la poussée d'instincts fondamentaux à caractère utilitaire (nutrition, défense) avec l'objet de rechercher les meilleures conditions de vie matérielle, puis, dans les formes sociales évoluées, de compréhension mutuelle agréable. L'affectivité sous forme de *sympathie* entre immédiatement en jeu. Celle-ci est envisagée diversement par les philosophes depuis la concordance des intérêts d'Adam Smith, l'utilitarisme de Darwin et Spencer jusqu'à la lutte des classes de K. Marx ou la tendance « *a priori* » de Max Scheler.

La sympathie, la compréhension et l'entente entre les individus ont pour base des facteurs *affectifs* complexes. C'est souvent la similitude et la communauté d'intérêts qui unit, bien que parfois des associations puissent s'établir entre personnalités à intérêts divergents si ces derniers se complètent et tendent vers une action commune.

Au contraire une divergence fondamentale et totale des intérêts matériels et intellectuels éloigne les individus, les dresse l'un contre l'autre, fait naître l'envie, le désir de dépossession, crée le complexe de révolte et de « *lutte* ».

L'instinct de puissance et de domination des uns peut parfois être favorisé par le sentiment de soumission et de résignation des autres. L'antipathie peut acquérir une valeur dynamogène.

Parmi les nombreux facteurs psychologiques qui peuvent favoriser la compréhension mutuelle on peut citer en les discutant : l'âge (très important chez l'enfant), le niveau intellectuel, la culture, la communauté de langage, l'éducation reçue.

La compréhension mutuelle entre les sexes exige une connaissance approfondie de la psycho-physiologie sexuelle différentielle.

L'intégrité mentale des individus joue un rôle important, la conscience morbide se montrant impenétrable et l'intercommunication mentale réelle impossible entre l'individu sain et l'aliéné ou le délirant (Charles Blondel).

La peur du danger qui se rattache à l'instinct élémentaire de la conservation représente un des facteurs les plus actifs pour abolir momentanément les incompréhensions interindividuelles et favoriser un rapprochement immédiat et total des individus.

La *psychologie collective*, bien que son origine soit récente et sa documentation peu précise encore, permet de reconnaître quelques facteurs importants pour l'entente et la compréhension entre les peuples. La sympathie entre eux a des bases analogues à celles qui rapprochent les individus : communauté d'intérêts, souffrances et dangers communs, similitude de langage, de passé historique, de culture, d'organisation sociale, de religion, de régime politique.

Le désir commun de grande liberté et la libre possibilité d'extérioriser ses idées représentent un facteur très marqué de sympathie et de compréhension entre les groupes sociaux.

Les crises de psychose collective, où apparaissent des idées délirantes de grandeur, de persécution et de jalousie, amènent entre les peuples la même incompréhension psychologique que celle constatée entre les individus.

Il faut compter, pour obtenir une compréhension meilleure entre groupes sociaux, sur une meilleure répartition des richesses mondiales, sur une organisation meilleure et plus libre des échanges matériels, intellectuels et humains, après lesquels on pourra envisager une évolution progressive de l'affectivité collective, avec éclosion de sentiments nouveaux comme l'amour de l'Humanité dont Auguste Comte fut, au XIX^e siècle, l'apôtre enthousiaste, et de complexes à base d'idées-forces, comme celui qui au siècle présent donna lieu à la création de la Société des Nations.

L'importance pour la compréhension mutuelle des types psychologiques polarisés, par M. le Docteur HATTINGBERG (de Berlin).

Schiller a le premier reconnu que la compréhension entre « hommes d'une même époque de civilisation » était rendue difficile par un antagonisme d'attitudes typiques, « les oppositions qui en résultent sont pires que celles dues au hasard à des conflits d'intérêts ». Pour C.-G. Jung, ce conflit n'est qu'une polarisation d'extra- et d'introversion due à l'opposition sujet-objet. Cette conception a le tort d'obscurcir la notion générale des « types » car cette scission (de l'objet du sujet) — typiquement propre à l'introversion — représente une découverte tardive pour l'extraverti. Il est donc préférable de partir non de la notion de scission, mais de la notion de « trouble » (trouble des relations humaines, du contact) qui peut servir aussi de terrain commun, neutre, aux deux types. (Le sentiment grégaire, c'est-à-dire de la communauté, préexiste à la formation du moi).

La réaction au « conflit » peut se manifester sous deux formes : ou bien projection du moi vers les autres, ou bien repliement du moi sur lui-même ; dans le premier cas, la réaction se déploie vers la surface et le contact avec autrui, dans le second cas, elle se déploie en isolement et en approfondissement. On comprend plus facilement le comportement général de ces 2 types si l'on part de cette polarisation, de ces centres de gravitation, que si l'on s'en tient à l'opposition sujet-objet qui ne suppose aucun lien affectif. Le « conflit » est à la fois en tant que « Symptôme » le point de départ de toute psychologie médicale et en tant que « Résistance » le point de départ naturel de toute thérapeutique analytique (qui est pour l'hystérie le contraire

de ce qu'elle est pour les névroses obsessionnelles). Les types sont définis comme des possibilités de polarisation du comportement à l'égard du devoir de la compréhension ; c'est comme tels seulement qu'ils peuvent être intégrés à la réalité vivante.

Ce qui empêche aujourd'hui encore de reconnaître ces types, c'est qu'on les considère comme des « traits fixes de caractère », alors qu'ils ne sont en réalité que des tendances. Le type pur et fixe n'est qu'un cas limite jamais atteint dans la réalité. On ne peut le bien comprendre que si l'on considère la relativité de chacun de ses divers modes (contradictions au sein d'un même type, phases de développement, sexe, âge, entourage, classe sociale). On ne peut, au sens strict, parler de type introverti dans tel ou tel cas que relativement à l'extraversion aussi relative d'un autre homme ou groupe humain. Si l'on tient compte de ces restrictions, on parvient à mieux comprendre, en tenant compte de la structure intérieure et du comportement de ces deux types de polarisation, non seulement les relations d'homme à homme (en particulier des époux entre eux), mais aussi l'attitude typique de deux peuples vis-à-vis l'un de l'autre.

Et M. Hattingberg, pour illustrer sa pensée, emprunte au livre de Jacques Rivière, l'« Allemand », écrit dans les circonstances que l'on sait, des esquisses psychologiques de l'Allemand et du Français qui lui paraissent exprimer avec une certaine justesse l'opposition actuelle des deux nations.

Lundi 5 juin : séance de l'après-midi

Nature et caractère essentiels de la compréhension mutuelle, par M. le Dr E. MINKOWSKI (de Paris).

Pour situer la compréhension mutuelle, il est nécessaire d'examiner tout d'abord l'activité plus générale de comprendre. La confrontation de « comprendre » et « d'expliquer » permet de mettre en relief le caractère plus dynamique, plus intuitif, plus personnel de la première de ces deux activités. Dans « comprendre », comme l'indique du reste le terme lui-même, il existe un facteur d'appropriation et d'intimité particulières qui ne se retrouve point dans expliquer. L'incapacité d'expliquer représente toujours une déficience, « ne pas comprendre » peut par contre signifier une prise de position (je me refuse à comprendre !). Les adjectifs « compréhensif » et « incompréhensif » n'ont pas d'équivalents dans le domaine « expliquer » ; ils visent des particularités personnelles. La compréhension se situe ainsi entre l'explication et l'intuition. Là où il s'agit de relations avec nos semblables, la compréhension (mutuelle) procède de la sympathie (au sens étymologique du mot), mais en diffère en se rapprochant des situations pragmatiques de la vie. Cette filiation indique la raison pour laquelle la compréhension mutuelle s'impose comme devoir. Cette compréhension, contrairement à la sympathie, implique toujours des différences personnelles, mais en même temps, la faculté précieuse de transcender notre propre personne pour nous approprier quelque chose de la personne d'autrui dans la mesure où celle-ci diffère de la nôtre. La compréhension n'est pas ainsi toujours toute donnée, mais suppose un effort de compréhension, toujours possible et nécessaire. La psychopathologie moderne s'engage dans cette voie : diagnostic par sentiment ou par pénétration. L'effort de compréhension garde sa valeur

et sa raison d'être même là où il paraît rester unilatéral, c'est-à-dire où il se heurte à l'incompréhension du partenaire ; même là, il sert la cause de la compréhension mutuelle.

La compréhension mutuelle dans la société primitive et dans la société moderne, par M. le Dr Emmanuel MILLER (de Londres).

Toute étude de la compréhension mutuelle parmi les peuples primitifs doit commencer par l'étude de la sociologie des peuples les plus simples.

Les différences psychologiques des sexes donnent naissance à certains types de groupements bien distincts.

L'antagonisme entre générations nouvelles et générations anciennes facilite à son tour des groupements d'après l'âge qui exercent une répercussion sur la compréhension mutuelle. Les rites communs d'initiation empêchent cependant une séparation trop marquée de ces groupements et créent même d'étroits liens sociaux. L'institution de « clubs » crée des liens de sociabilité ; les associations cérémonielles peuvent même engendrer des poussées religieuses. Tout cela augmente les liens qui unissent les hommes, mais tend en même temps à accentuer la séparation entre les sexes. Schnurtz n'a pas suffisamment insisté sur ce dernier point.

Les lois de parenté très complexes des peuples primitifs rendent le problème difficile. A vrai dire, ces difficultés paraissent provenir des efforts faits pour sauvegarder le tabou incestueux, mais il intervient aussi sans doute des facteurs économiques.

Il est intéressant et tentant de considérer les effets de l'organisation patriarcale et matriarcale sur la compréhension mutuelle — c'est-à-dire les effets des lois de ces deux organisations.

Tandis que les communautés basées sur la primauté de la mère sont censées créer de tendres relations entre les membres de la famille, il est probable que les groupes fondés sur la primauté du père suscitent une virilité chevaleresque et une plus grande fidélité au clan.

Quant aux facteurs psychologiques considérés séparément, les écoles de Burkheim et de Lévy Bruhl soulignent le caractère prélogique de la mentalité primitive, son allure fantaisiste et affective. Cette tendance suppose-t-elle une compréhension mutuelle subconsciente qui serait plus forte que toutes les différences découlant de la complexité de l'organisation sociale et des lois de parenté ?

En outre, peut-on parler d'une mentalité de groupe dans le sens d'un subconscient commun à tout un groupe qui serait l'élément fondamental d'une compréhension mutuelle parmi les membres du même groupe et serait la cause du manque de compréhension entre des groupes différents ?

Cette hypothèse permettrait-elle d'expliquer certains problèmes du monde moderne ? Le totalitarisme par exemple peut être compris comme un mode primitif de vie collective.

Les obstacles à la compréhension mutuelle,
par M. le Professeur Ed. CLAPADÈRE (de Genève).

Il n'est pas toujours nécessaire aux hommes de se comprendre mutuellement pour vivre en paix les uns avec les autres : ainsi, s'ils sont *indifférents* les uns aux autres, ou encore s'il existe entre eux des rapports de

convenance réciproque. Ce n'est que lorsqu'existent entre eux des germes de conflits que cette compréhension est de nature à les supprimer. Elle n'est pas cependant à même de les éliminer toujours (deux concurrents à une même place peuvent, quoique se comprenant fort bien, se faire une guerre au couteau). Il n'en reste pas moins que la compréhension mutuelle est capable d'éteindre une multitude de conflits.

Deux hommes se comprennent lorsque chacun d'eux est capable de discerner les mobiles conscients ou subconscients de la conduite de l'autre. Les obstacles à cette compréhension découlent d'une double source : les uns proviennent de l'individu incompris, que j'appellerai *l'agent* ; les autres de l'individu qui manque de compréhension, le *percipient*. Bien entendu, chacun est à la fois agent et percipient par rapport à l'autre.

1° *Obstacles résidant dans l'Agent et l'opposant à autrui*. Différences individuelles anatomo-physiologiques (taille, force, etc.), psychologiques (caractère, type mental, etc.), éducatives (profession, milieu social, nationalité, etc.), de langage. On peut comprendre toutes ces différences sous le nom de « diversité des univers ».

2° *Obstacles provenant du Percipient* : 1° Ignorance (on ignore qu'autrui est différent de soi) ; 2° Egocentrisme naturel (tendance propre au moi de tout rapporter à son propre point de vue, qui empêche de se placer à celui d'autrui) ; 3° Egocentrisme défensif (amour-propre, jalousie ; on ne se met pas au point de vue d'autrui parce qu'on ne peut pas, mais parce qu'on ne veut pas) ; 4° Incompatibilité psychologique (en dépit de la meilleure volonté de comprendre, on ne peut, par exemple, s'imaginer qu'un autre puisse trouver beau ce qu'on trouve soi-même laid, etc.) ; mais cette incompatibilité n'est un obstacle à la compréhension mutuelle que si elle se double d'intolérance.

L'éducation à la compréhension mutuelle, par M. le Dr H. MENG (de Bâle).

Cette éducation est-elle possible ? Cela dépend avant tout de la structure mentale de l'éducateur, de celle de la société, de celle de l'enfant à éduquer. Pour faire de lui un homme compréhensif, capable de vivre avec ses semblables en un contact social vivant, il faut qu'il ait une personnalité solide, mais aux contours plastiques, et que la société soit de nature à permettre des rapports psychiques normaux entre les individus.

L'auteur emprunte des exemples à l'animalité, à la petite enfance, à l'âge scolaire, au poète. Il montre l'importance du contact affectif, qui peut être ineffable ; l'étroite interdépendance qui existe entre le réflexe, les automatismes, l'instinct, la volonté.

Meng admet la possibilité de la compréhension entre adultes normaux, malgré toutes leurs différences. Le névrosé, éternel incompris, ne comprend pas non plus le monde. La genèse de la névrose ramène au problème de l'enfance.

Dès la première enfance, l'homme est condamné à l'ambivalence : tantôt il se fonde à la personnalité de la mère, tantôt il veut y échapper et s'oppose à elle. Les premiers contacts avec « l'objet » conditionnent la capacité future d'adaptation au réel ; la compréhension doit être un effort actif de développement de la personnalité par les autres et au-dessus d'eux. Les conflits la rendent difficile, et l'hygiène mentale doit éviter qu'ils n'acquiescent trop

d'acuité. Le jeu contribue beaucoup à développer la compréhension. A l'alternative « amour-haine » se substitue le « aussi bien que possible... » conforme à la réalité.

L'enfant apporte des dispositions précoces : besoin d'aimer et d'être aimé, instinct d'agression avec tendance à détruire. Ces énergies doivent être disciplinées. L'enfant ne doit pas craindre son propre courage, ni projeter sur les autres la méfiance qu'il a vis-à-vis de soi. L'excès de tendresse et les méthodes punitives disposent à l'incompréhension. Il faut combattre la tendance à la névropathie et à la psychose. Une personnalité forte et une conscience morale claire tirent leurs forces des énergies instinctives déssexualisées et pourtant demeurées bien vivantes.

Mardi 6 juin

Compréhension mutuelle entre groupes humains et entre peuples,
par M. le Dr HARGREAVES (Londres).

L'auteur expose les différents points de vue suivant lesquels peuvent se former des groupes humains, tels que ceux formés par les parents et les enfants, les religions, les chefs et les sujets. Il montre que les forces qui agissent dans ces divers groupements, et particulièrement dans le dernier cas, ont pour conséquence l'uniformisation des sujets soumis à une même autorité absolue.

Vie économique et compréhension mutuelle,
par M. le Dr J. BILLSTROM (Stockholm).

L'économie est un élément important de compréhension mutuelle parce qu'elle est fondée sur une réalité profonde. La tâche d'Etat consiste sous ce rapport à fournir aux écoliers des connaissances suffisantes sur l'interdépendance économique qui lie l'individu à tout le reste de la nation. Cette interdépendance touche aussi bien la commune que l'Etat, les problèmes économiques internationaux et les circonstances intérieures des nations.

Au point de vue de l'hygiène mentale, il importe de créer l'atmosphère affective nécessaire pour que les citoyens soient à même de se comporter raisonnablement. Les gens sont si égoïstes qu'ils méconnaissent parfois leur propre intérêt.

La convention « Saltsjöbaden », introduite en 1938 en Suède et qui fut approuvée par les organisations ouvrières et les syndicats du pays, est un bon exemple d'une tentative faite en vue d'une meilleure compréhension mutuelle.

Cette convention prévoit un comité central permanent qui sert de lien entre les différentes organisations, un règlement uniforme pour résoudre les conflits et les conditions de travail, les modalités du congédiement et des congés, le renoncement à certaines formes de concurrence économique, des mesures pour protéger le droit des tiers lors de conflits qui atteignent certaines fonctions sociales importantes. Cette convention a été voulue de part et d'autre, car on s'est rendu compte d'une part de l'influence nuisible que les conflits ouvriers exercent tant sur la vie économique de la société que sur les intérêts des particuliers et d'autre part des restrictions de la liberté individuelle que ces conflits peuvent entraîner. Un arrangement amiable est

préférable au règlement par la loi. Cette convention affirme qu'une meilleure compréhension mutuelle entre les partis est possible.

Les facteurs logiques d'une telle compréhension sont cependant insuffisants à eux seuls, car il faut aussi compter avec les facteurs irrationnels, c'est pourquoi un humanisme sincère et un profond respect de la vie sont indispensables.

Compréhension mutuelle et religion, par M. le Dr KIELHOLZ (Königsfelden).

Le souvenir des guerres de religion, connues pour leur caractère si cruel et tenace, ne parle guère en faveur d'une compréhension mutuelle *entre* les religions, c'est-à-dire entre les représentants des différentes religions. Les efforts de tolérance émanent le plus souvent de milieux indifférents au point de vue religieux, et les conférences universelles des églises eurent toujours jusqu'ici le désavantage de ne grouper que certaines religions et non toutes.

La compréhension *au sein* d'une communauté religieuse n'est pas seulement rendue possible dans une large mesure par des symboles, des cultes, des dogmes communs, et souvent par une langue commune, mais aussi par le fait de se distinguer des adeptes d'autres religions.

Si l'on considère l'église comme une grande institution psychothérapeutique, on peut parler d'une compréhension mutuelle *par le moyen* de la religion, pour autant que prêtre et médecin — ce dernier, d'après l'histoire, peut être considéré comme un « descendant » du prêtre — dans leur activité commune et en tenant compte réciproquement des limites de leur science et de leur pouvoir, visent à guérir et à libérer le laïque de la maladie et de la ruine morale. La compréhension mutuelle entre laïques a un but analogue à celui du psychothérapeute : libérer le malade.

Compréhension mutuelle et vie familiale, par M. le Dr W. MORGENTHAUER (Berne).

La compréhension mutuelle entre parents est la base de la compréhension au sein de la famille. C'est d'elle que dépend la compréhension entre parents et enfants, entre les enfants eux-mêmes, entre ces derniers et les autres personnes partageant la vie de la famille (personnel de maison, parents et connaissances). Il va de soi que les influences extérieures interviennent aussi.

Chacun des facteurs mentionnés contribue d'une certaine manière et plus ou moins à influencer, favoriser ou paralyser la compréhension mutuelle au sein de la famille tout entière.

C'est ainsi que se crée cette certaine consonnance familiale qui peut aller de l'harmonie la plus parfaite à la disharmonie la plus aiguë. C'est à la présence ou au défaut d'harmonie au sein de la famille qu'on mesure généralement, pas toujours cependant, la valeur de la communauté familiale.

Cette consonnance harmonieuse, cette compréhension mutuelle dans la famille ne sont pas, le plus souvent, apparues spontanément ; elles ne s'acquièrent que par un effort mutuel des conjoints, effort qui doit être poursuivi dès le début de la vie conjugale. Au fur et à mesure que les efforts progressent, ils deviennent de moins en moins nécessaires, la compréhension mutuelle devient spontanée et naturelle. Suivant la compréhension mutuelle entre parents se produisent des variations et une évolution dans les rapports familiaux variant d'après le nombre et l'âge des enfants et d'après les autres participants à la vie familiale.

Mesures à prendre afin d'encourager une saine compréhension mutuelle dans la vie familiale, d'en prévenir les échecs et de l'éveiller là où elle fait défaut.

Les tâches immédiates de l'hygiène mentale en Europe,
par M. le Professeur H. W. MAIER (Zurich).

M. le Professeur H.-W. Maier dégage les conclusions de tous ces travaux. Des tâches multiples attendent dès maintenant l'hygiène mentale en Europe. La besogne est tellement vaste, et se développe dans des directions si différentes, à tous les âges, à toutes les formes de l'activité humaine, qu'il faut mettre à contribution les disciplines et les représentants de toutes les Facultés. Le psychiatre n'y saurait suffire. Le psychologue, le sociologue, le pédagogue, le juriste doivent contribuer à l'œuvre commune, dont l'auteur passe en revue les multiples aspects.



A la *discussion* des rapports ont pris part lundi matin : MM. le Professeur CORBERI (Milan), le Professeur GELPER (Bâle), le Docteur GROENEVELD (Amsterdam) ; le lundi après-midi le Professeur VERMEYLEN (Bruxelles), le Docteur HATTINGBERG (Berlin).

Le mardi 6 juin, M. le Professeur MEDEA (Milan), et M. le Professeur FAHREDDIN KERIM GOKAY (Istanbul) ont exposé les efforts accomplis en Italie et en Turquie en faveur de l'Hygiène Mentale.

M. le Docteur ROORDA (Harlem) attire l'attention sur l'activité de la Commission pour la Prophylaxie de la guerre, patronnée par la Société Médicale de Hollande ; elle a édité un livre : « Medical Opinions on War » (Elsevier Publishing Co, Amsterdam), qui a été envoyé aux principaux diplomates du monde entier.

M. le Docteur GROENEVELD (Amsterdam) envisage le problème de la guerre comme un problème de l'inconscient.

M. le Docteur ROEMER (Illenau) parle de la compréhension internationale, problème « qui nous brûle les doigts ».

M. le Docteur VAN DER SPEK (Poertugal, Hollande) montre, par la citation d'une épître de saint Paul, la valeur du christianisme pour la pratique de la compréhension mutuelle.

Enfin, M. le Docteur TRAMER (Soleure) synthétise ainsi les idées et les suggestions émises au cours de la réunion : que chacun lutte contre l'isolement de l'individu au sein de la collectivité où il se trouve, comme aussi contre l'isolement d'un peuple au sein de la communauté des peuples. Que chacun cultive en soi-même toutes les dispositions qui favorisent cet effort. La compréhension mutuelle ne peut s'établir que par des personnalités libres chez lesquelles les facultés d'attachement et de détachement sont liées en un tout harmonieux.

Jacques Vié.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

PSYCHIATRIE

L'anorexie mentale, trouble instinctivo-affectif, par le Dr Jean CARRIER, ancien externe des hôpitaux de Lyon, diplômé de médecine légale, de psychiatrie et de médecine du travail, interne des hôpitaux psychiatriques de la Seine. Thèse, Lyon. Br. 318 p. E. le François édit. 1939.

Il s'agit là d'un ouvrage très important sur la question, laquelle intéresse tous les psychiatres, d'hôpital ou de maison de santé. L'anorexie mentale est le résultat d'un trouble de l'instinct de conservation qui se traduit par une déficience concomitante de l'appétit et de la sexualité ; les sujets, pour la plupart des adolescentes, présentent une véritable aberration de l'élan vital propre à la jeunesse, et l'anorexie mentale devient ainsi un syndrome psycho-névropathique de développement. Elle se caractérise par une restriction progressive de l'alimentation due à la perte de l'appétit et de la sensation de faim, par l'amaigrissement et l'aménorrhée qui en sont les conséquences directes, et elle s'accompagne de divers troubles vasculaires, trophiques, endocriniens.

Après une bibliographie des plus riches, l'auteur expose en détail l'étude clinique du syndrome, lequel se constitue généralement lentement et insidieusement chez une jeune fille ou une fillette prépubère. A la période d'état, de lutte ou de résistance, durant laquelle la malade conserve encore une certaine apparence, demeure gaie et enjouée bien qu'irritable, active bien que fatigable, succèdent une période d' inanition avec baisse rapide et considérable du poids, émaciation squelettique « d'emmurée », déshydratation extrême, troubles circulatoires et trophiques, aménorrhée, enfin une période terminale d'épuisement et de cachexie conduisant trop souvent à la mort, soit par inanition, soit par tuberculose secondaire.

Si un traitement convenable est institué suffisamment tôt, la guérison est assurée, mais il faut savoir qu'entre la malade et le médecin doit s'engager un duel sévère avec isolement de rigueur et gavage méthodique ; la famille doit comprendre la situation et ne pas gêner la tâche difficile du psychiatre.

Après quelques mots sur l'anorexie mentale du nourrisson et les formes tardives chez l'adulte, l'auteur fait une étude analytique des divers éléments du syndrome, s'attachant en particulier à l'état mental des anorexiques, à leur coquetterie, à leurs troubles de l'affectivité et de l'instinct sexuel.

Le diagnostic, en général facile, doit éliminer les anorexies organiques, les hystériques, les sitiophobies, les anorexies sociales ou, plus exactement, car l'anorexie n'existe pas, du moins au début, la grève de la faim, enfin les cachexies endocriniennes, plus spécialement les maigreurs hypophysaires et la maladie de Simmonds.

Carrier discute pour terminer la valeur de l'opothérapie dans le traitement des anorexies mentales ; il conseille judicieusement de ne l'entreprendre qu'à titre adjuvant et de réaliser d'abord la triade thérapeutique rationnelle, le plus souvent suffisante pour obtenir la guérison : isolement — réalimentation surveillée — psychothérapie.

R. DUPOUY.

Tonus vago-sympathique et troubles vaso-moteurs chez les déments pré-coces, par le Dr Georges PISTAE, Interne de la Clinique neuro-psychiatrique de la Faculté de Médecine (1 vol., in-8°, 66 pages, Imprimerie Chastanier Frères et Alméras à Nîmes. Thèse de Montpellier 1937).

Ce travail, issu du service de M. le Doyen Euzière, témoigne de l'intérêt que l'Ecole neuro-psychiatrique de Montpellier porte aux troubles neuro-végétatifs dans les états mentaux et continue la série des thèses remarquables des docteurs Deffuant et Deffuant de Guillaude.

Ecrit avec un souci de précision et une clarté dignes d'éloges, ce travail, après une courte introduction, qui est une classification des diverses phases de recherches, débute par un exposé historique et précise dans un plan d'examen les diverses étapes des recherches personnelles de l'auteur. Suivent une description de l'instrumentation employée et des techniques suivies (oscillographie, épreuve de Daniélopou à l'atropine, capillaroscopie).

L'étude détaillée de 15 malades permet à l'auteur les conclusions suivantes :

1) *Tirées de l'oscillographie* : Tension artérielle maxima, normale ou élevée ; tension minima normale ; tension différentielle augmentée en général ; tension moyenne également assez élevée ; indice oscillogométrique au bras et à l'avant-bras très nettement diminué. L'ensemble de ces particularités fournit des courbes évasées et allongées.

2) *Tirées de l'épreuve de Daniélopou* : Instabilité et petitesse du pouls ; fréquence des tonus parasympathiques anormalement bas. Excitabilité vagale variable ; tonus sympathique, soit normal, soit légèrement diminué, assez rarement augmenté ; excitabilité sympathique normale ; l'action de l'atropine est caractérisée dans quelques cas par la présence d'une excitation vagale initiale. En résumé, hypoamphotonie à très nette prédominance vagale.

3) *Tirées de la capillaroscopie* : Aplasie et aréflexie capillaires. Grande diminution de la sensibilité aux agents pharmacodynamiques, et en particulier à l'acétylcholine et à l'histamine avec tendances aux réactions paradoxales.

L'auteur fait ensuite la synthèse des troubles circulatoires — vaso-

moteurs et cardio-vasculaires — des troubles endocriniens et des troubles du système nerveux neuro-végétatif proprement dit, et rapproche l'insensibilité des schizophrènes aux agents pharmacodynamiques, de l'autisme et de l'insensibilité au monde extérieur.

Important travail qui apporte des faits mesurables — donc comparables et éminemment utilisables — obtenus par de strictes techniques physiopathologiques, et des idées.

TOYE.

Contribution à l'étude des rapports entre la tuberculose et les psychopathies, par Michel BREUGAT. 1 broch. in-8°, 180 p., Le François éd. Thèse, Paris 1939.

Etude soignée et documentée du rôle étiologique que la tuberculose peut exercer dans la genèse des maladies mentales, faite au pavillon sanatorial de l'hôpital psychiatrique de Maison-Blanche, sous la direction du Dr Vié, avec qui collabore, pour la partie physiologique, le Dr P. Bourgeois, médecin du Sanatorium de Brévannes. Les manifestations psychopathiques des tuberculeux, élimination faite des coïncidences, sont consécutives soit à des lésions cérébro-méningées, soit à la toxémie tuberculeuse, créant ainsi de véritables psychoses tuberculeuses.

Comme toujours le terrain psychologique a son importance, mais il faut aussi tenir compte, d'une part, des perturbations apportées par la maladie dans l'existence du sujet, réduit à l'immobilité ou tout au moins au repos, et d'autre part du stade évolutif de la maladie et de l'intensité de l'imprégnation.

La tuberculose, naturellement, peut évoluer chez des sujets mentalement tarés, des déséquilibrés constitutionnels et l'on observe alors, associés plus ou moins intimement avec l'affection pulmonaire, des délires interprétatifs, paranoïaques, avec possibilité de thèmes érotomaniaques ou revendicateurs, des états émotionnels et anxieux, des préoccupations hypochondriaques, du pithiatisme, des toxicomanies ; liés plus directement à l'imprégnation tuberculeuse, l'on constatera de la « patraquerie bacillaire », de l'anorexie mentale, de l'euphorie terminale ou bien des états mélangés ou confusionnels.

L'on a essayé d'individualiser les psychoses tuberculeuses proprement dites, plus particulièrement en rapport avec la tuberculose, en les décrivant dans le cadre soit de la confusion mentale hallucinatoire ou du délire onirique, soit de l'automatisme mental ou des délires d'influence, soit des psychoses paranoïdes ou hallucinatoires chroniques, soit de la démence précoce franche ou des états schizophréniques.

Il existe enfin toute une série de troubles mentaux spécifiques de certaines localisations cérébrales tuberculeuses, tuberculeux cérébraux, méningites, méningo-encéphalites, encéphalites, psychopolynévrites tuberculeuses.

Tandis que dans les psychoses proprement dites, les troubles mentaux semblent bien liés à l'imprégnation tuberculeuse et évoluer parallèlement à elle, dans le cas des méningites et peut-être dans le cas de démence précoce, il s'agit d'un balancement, d'une alternance entre les phénomènes viscéraux et les phénomènes psychiques. Au parallélisme de l'imprégnation s'oppose l'alternance des métastases.

R. DUPOUY.

NEUROLOGIE

Les troubles oculaires au cours des encéphalopathies infantiles à forme spasmo-paralytique, par M. FONT LAPALISSE, 1 brochure in-8°, 109 p. Bière éditeur. Thèse, Bordeaux, 1938-39.

Les troubles oculaires rencontrés dans les encéphalopathies infantiles, à forme spasmo-paralytique, sont très fréquents et très variés. L'auteur les range sous trois rubriques : les troubles de l'appareil oculo-moteur, ceux de l'appareil oculo-sensoriel, les lésions dystrophiques.

Les troubles moteurs portent, les uns sur la musculature extrinsèque, les autres sur la musculature intrinsèque. Les premiers sont les troubles moteurs proprement dits. Par ordre de fréquence, nous trouvons : le strabisme, le nystagmus, les paralysies oculaires et l'instabilité du regard. De tous les troubles observés dans les encéphalopathies infantiles, le strabisme est de beaucoup le plus fréquent : il se trouve dans une proportion de 46 0/0. Il est en général convergent, beaucoup plus rarement divergent. Il résulte le plus souvent d'une lésion du centre de vision binoculaire par infection ou artérite syphilitique ; il n'est ni fonctionnel, ni paralytique ; c'est, en quelque sorte, un trouble par « dystasie » oculaire. Le nystagmus se trouve dans 18 0/0 des cas. De pathogénie discutée, il semble résulter d'une lésion des centres d'innervation des mouvements de latéralité. Les paralysies oculaires sont rares (10 0/0) : il s'agit le plus souvent de paralysie de la troisième paire. Quant à l'instabilité du regard, elle est exceptionnelle. Les troubles de la musculature intrinsèque sont essentiellement des troubles pupillaires (45 0/0 des cas). Ils sont presque aussi fréquents que le strabisme. Ils consistent en irrégularité pupillaire, mydriase, anisocorie et surtout troubles des réflexes ; le trouble porte surtout sur le réflexe photomoteur qui est diminué ou aboli (signe d'Argyll). La paralysie de l'accommodation est exceptionnelle.

Parmi les troubles sensoriels, si l'hémianopsie est rare, il n'en est pas de même de l'atrophie optique, que l'auteur a notée dans 23 0/0 des cas. L'atrophie optique peut être primitive ou succéder à une névrite optique. Elle est due, dans la grande majorité des cas, à une méningite syphilitique chronique de la base qui peut agir, soit par compression, soit par propagation. Elle nécessite un examen systématique du fond d'œil de tout enfant atteint d'encéphalopathie infantile, car elle passe souvent inaperçue, ses signes subjectifs étant peu marqués ou même absents.

Quant aux lésions dystrophiques congénitales, elles sont exceptionnelles, pouvant intéresser toutes les différentes parties de l'œil, en particulier le cristallin, l'iris, la rétine.

De tous ces troubles qui sont très variés, il faut en retenir trois principaux, qui sont par ordre de fréquence : le strabisme, les troubles pupillaires (signe d'Argyll-Robertson) et l'atrophie optique.

BERGOUIGNAN.

Des causes provocatrices de la crise convulsive épileptique. Essai de pathogénie, par O. Richard BORN. 1 brochure in-8°, 74 pages, Bière éditeur. Thèse, Bordeaux, 1938-39.

Dans ce travail inspiré par le Professeur Perrens, l'auteur passe en revue les facteurs étiologiques susceptibles de déclencher un accès convulsif ; il

rappelle les recherches expérimentales, inaugurées par Brown-Séquard, qui ont mis en lumière l'efficacité, chez l'animal, des facteurs les plus variés : irritations corticales directes, toxiques divers, excitations réflexes, asphyxie, etc... ; chez l'homme, un grand nombre de substances convulsivantes ont pu être expérimentées, et l'observation clinique a permis de retenir l'importance de l'hyperpnée, de certaines modifications circulatoires ou métaboliques, de phénomènes anaphylactiques ; de son expérience personnelle, l'auteur retient l'influence non négligeable de l'émotion, des excès génitaux, dans le déclenchement des crises comitiales authentiques.

Avant d'aborder le mécanisme pathogénique, il souligne la pauvreté des constatations anatomo-pathologiques incapables de nous éclairer sur la raison d'être et les modalités de la crise, et les contradictions des observations faites *in vivo* qui tantôt relèvent l'anémie, tantôt la vaso-dilatation du cerveau : l'étude des troubles humoraux et des facteurs neuro-endocriniens ou allergiques, décevante jusqu'à ce jour, donnera sans doute la clef du problème ; l'exploration bio-électrique du cerveau à peine ébauchée, autorise de grands espoirs.

BERGOUIGNAN.

BIOLOGIE

Contribution à l'étude de quelques troubles humoraux (Chlorémie et équilibre acide-base) dans les états maniaques mélancoliques et anxieux, par Pierre LÉONARDON (1, brochure in-8°, 120 p., Lubert éd., Thèse d'Alger, 1938).

Dans ce travail entrepris à la Clinique psychiatrique de l'Université d'Alger (Prof. Porot), l'auteur a voulu fixer un point de la biologie des syndromes maniaques, mélancoliques et anxieux, en étudiant les modifications chlorées et acido-basiques qui les accompagnent. Des études avaient déjà été faites dans ce sens, mais il semble bien que, par suite de méthodes d'analyse soit défectueuses, soit douteuses, les résultats pouvaient en être discutés.

Dans une première partie, l'auteur montre en quelques pages de généralités, le rôle extrêmement important du chlorure de sodium, et du chlore en particulier (puisque le plus souvent à l'état dissocié) sur les phénomènes vitaux cellulaires, les difficultés du dosage du chlore sanguin, la valeur de la chlorémie comme moyen d'appréciation des troubles du métabolisme du chlore, ses rapports avec les modifications de l'équilibre acide-base. Ce n'est que depuis les travaux de Paget, Letulle, Higounet, Max Lévy, que le Bureau de la Société de Chimie Biologique a donné, en mai 1937, des indications précises sur la technique à employer pour doser le chlore sanguin et sur les précautions à prendre dans les temps préparatoires de recueillement sur anticoagulants antifermements (liquoïde Roche) d'une part, et de centrifugation : 25 m. à 4.000-5.000 tours avec prélèvement toutes les 5 m. jusqu'à invariabilité du volume globulaire, d'autre part.

Les résultats ainsi obtenus ne peuvent plus être discutés dans l'état actuel de nos connaissances tout au moins, et sont de l'ordre de : 1,75 à 1,85 pour le Cl. globulaire ; 3,50 à 3,65 pour le Cl. plasmatique ; 0,48 à 0,52 pour le R. Cl./P.

C'est ainsi que dans les états maniaques où les recherches antérieures étaient rares, les chiffres montrent l'existence, fréquemment, d'une surcharge chlorée globulaire surtout, avec augmentation constante du rapport érythro-plasmatique. L'auteur a pu faire les mêmes constatations dans les états mélancoliques et anxieux en remarquant toutefois qu'il semblait que la surcharge était d'autant plus nette que l'anxiété était plus vive.

Parallèlement dans ces états existe souvent un déséquilibre acido-basique des humeurs avec tendance fréquente à l'acidose tissulaire. Chez un même individu des variations considérables se manifestaient à des intervalles journaliers par une baisse souvent brusque de l'acidité ionique, en rapport, lui a-t-il semblé, avec une recrudescence de phénomènes cliniques. Il semble donc qu'il y aurait peut-être lieu, selon l'expression de Leyritz, de « réviser la notion d'alcalose » chez les anxieux et de rapprocher ces perturbations d'autres modifications, celles-là neuro-végétatives.

C'est alors qu'ayant pu éliminer les autres causes d'acidose (acido-cétose, anoréxie, cause rénale), l'auteur a pensé qu'il pouvait s'agir de troubles d'allure anaphylactique (travaux de Bigwood sur l'acidose du choc anaphylactique) qui entraîneraient l'acidose, et, par voie de conséquence, la rétention chlorée. Ces perturbations apparaissent aussi bien chez les sujets à prédominance vagotonique (maniaques) que sympathicotoniques (mélancoliques et anxieux). Il est certes difficile de dire si les perturbations fonctionnelles sont cause ou conséquence des troubles biologiques. Cependant, si tant est que l'on accorde quelque valeur à l'argument thérapeutique, il semble bien que la cause originelle est la dystonie neuro-végétative.

Les traitements déchlorurants, alcalinisants n'ont jamais donné de résultats thérapeutiques rapides ou durables, alors que les agents pharmacodynamiques : vagotonine et acétylcholine, ou bien la thérapeutique par le choc ou la désensibilisation a pu, entre les mains de Tomasson, de Mme Gardien-Jourd'heuil, donner des résultats intéressants.

A. P.

ENDOCRINOLOGIE

Hormone folliculaire et psychoses. Etude physio-pathologique, par le Dr Roger STORA. Préface de M. le prof. H. CLAUDE. 1 broch. 154 p. Amédée Legrand, édit. Paris 1939.

L'hormone folliculaire a pu être étudiée, puis dosée, grâce aux modifications de la sécrétion vaginale au cours du cycle œstral chez certains animaux, et plus particulièrement le rat. Après avoir exposé le rôle joué par elle en physiologie normale, l'auteur examine celui qu'il présente en physiopathologie. Le syndrome d'hyperfolliculinémie se traduit chez la fillette (à la suite notamment de certaines tumeurs ovariennes) par une puberté précoce à la symptomatologie de laquelle participe le psychisme, chez la femme en état d'activité sexuelle par des troubles menstruels (ménorragies, métrorragies, aménorrhée), après la ménopause enfin par des métrorragies.

L'hypofolliculinémie détermine inversement une puberté tardive, soit par inertie ovarienne secondaire à un défaut de stimulation hypophysaire, soit par un infantilisme ovarien primitif lié à une aplasie de l'ovaire, et, après la puberté, par des troubles de la menstruation, aménorrhées primitives avec ou sans hypoplasie génitale, aménorrhées secondaires à la cas-

tration chirurgicale ou radiothérapique, l'hyperthyroïdie, l'insuffisance hypophysaire, troubles pouvant s'accompagner de migraine, de conjonctivite ou de désordres mammaires.

Au moment de la ménopause elle tiendrait enfin sous sa dépendance les troubles vaso-moteurs, les bouffées de chaleur, les sueurs profuses, la nervosité, l'insomnie, les douleurs mammaires et précordiales, l'hypertension artérielle, etc...

M. Stora nous expose ensuite le résultat de ses dosages de folliculine dans les diverses psychoses : états dits de démence précoce, états d'excitation ou de confusion mentale, états dépressifs. Voici ses conclusions en ce qui concerne les premiers : « Chez les schizophrènes ou les déments précoces, on peut distinguer, du point de vue hormonal, les périodes de début de la maladie et les périodes avancées. Dans les premières, le taux d'hormone a été trouvé inférieur à la normale ; dans les secondes, il a avoisiné la normale. Du point de vue pathogénique, en admettant que le désordre ovarien reflète une perturbation hypophysaire commandée par un désordre neuronal, il est probable que le caractère épisodique du bouleversement d'une fonction répond à un mode de défense de l'organisme, la perte de ses facultés réactionnelles se traduisant par le rétablissement de la fonction troublée. »

R. DUPOUY.

THERAPEUTIQUE

Contribution à l'étude des correctifs des barbituriques dans le traitement de l'épilepsie, par le Dr SIMON FINGERHUT (1 brochure in-8°, 38 pages, Le François édit., Thèse, Paris 1939).

L'auteur, après avoir passé en revue les obstacles qui peuvent s'opposer à l'action ou à l'emploi de la phényléthylmalonylurée dans le traitement de l'épilepsie (petit barbiturisme, intolérance, gardénalo-résistance) étudie les correctifs qui peuvent être apportés à ce traitement, par voie d'association médicamenteuse (caféine, strychnine, sulfate de phénédrine, cortico-surrénale) pour le rendre mieux toléré et en faciliter l'action à doses moindres.

De cette étude et des observations qu'il rapporte, il conclut que l'association barbiturique-caféine a une efficacité modérée mais certaine sur les phénomènes dépressifs et semble mieux agir sur les équivalents comitiaux. L'association barbiturique-strychnine permet de faire supporter des doses de phényléthylmalonylurée parfois considérables. Dans quelques cas aussi, cette association a paru favoriser l'action du barbiturique et permis de diminuer les doses. A signaler cependant que dans les formes d'épilepsie sans grandes crises ou à crises très espacées, l'addition de strychnine au barbiturique augmente parfois le nombre des équivalents.

R. C.

Les interventions sur le sympathique dans la pathologie traumatique des nerfs, par J. SOUBIRAN. 1 brochure in-8°, 123 pages, Delmas éditeur, Thèse Bordeaux 1939.

C'est du jour où Leriche comprit l'importance de la participation sympathique dans un certain nombre d'affections nerveuses périphériques et

proposa des armes thérapeutiques neuves que date l'essor de la chirurgie du système nerveux périphérique : à lire la synthèse instructive que réalise Soubiran, on reste confondu de la richesse des applications pratiques, encore mouvantes, qui découlent dans ce domaine de l'œuvre admirable de Leriche.

Après un historique succinct, l'auteur étudie successivement, à l'aide d'observations personnelles et de travaux expérimentaux réalisés chez le chien, la place des interventions sympathiques dans les syndromes d'irritation post-traumatique des nerfs (névrite simple, algies diffusantes, moignons douloureux, causalgie), puis dans la contusion nerveuse, qu'elle soit brutale et passagère, ou qu'elle soit progressive et permanente (compressions), enfin dans la section traumatique des nerfs périphériques.

Dans le syndrome névritique pur, le fait capital est la résection du neurogliome avec rétablissement de la continuité anatomique du nerf, les interventions sympathiques ne constituant qu'une thérapeutique complémentaire ; les algies diffusantes post-traumatiques relèvent d'une intervention sympathique haute, caténaire (ramisection ou gangliectomie) ; la causalgie relève d'une intervention dont le siège devra être judicieusement discuté ; les moignons douloureux qui provoquent troubles trophiques et vasomoteurs relèvent de la sympathectomie ; quant à l'illusion douloureuse du membre absent, l'auteur la rapporte au neurogliome périphérique et la traite par résection de ce neurogliome. Rapprochant les contusions temporaires et les compressions qui constituent en somme une contusion permanente, il préconise dans les premières l'infiltration sympathique et dans les secondes l'infiltration associée à une intervention locale (neurolyse). Enfin, dans la section des nerfs, l'auteur déduit de ses constatations expérimentales et cliniques l'action favorisant de la sympathectomie (associée à la suture ou à la greffe) sur la régénération du bout central ; il souligne les bons résultats observés dans certaines formes de paralysie faciale.

BERGOUIGNAN.

JOURNAUX ET REVUES

PSYCHIATRIE

Le rôle de la psychiatrie en médecine générale (*The role of Psychiatry in General Medicine*), par Winfred OVERHOLSER. *Smith-Reed-Russell Lecture, George Washington University School of Medicine*, 24 février 1938 in *The Diplomat*, mai 1938.

Longtemps considérée avec respect et scepticisme par les médecins et les chirurgiens, la psychiatrie a finalement éveillé leur attention grâce à la diffusion rapide de certaines théories comme celle de Freud, ou à l'effort de dispersion d'hommes cultivés comme Carrel. Aujourd'hui le gastro-entérologue sait que le facteur psychologique est primordial chez un grand nombre des malades qui le consultent. L'alcoolisme, la paralysie générale, la tuberculose même posent leurs problèmes au médecin comme au psychiatre. Les maladies cardio-vasculaires touchent au domaine du sympathique, à celui des émotions. La gynécologie, l'urologie empruntent à l'endocrinologie et au psychothérapeute. Aussi la psychiatrie, reléguée jadis dans les études médicales comme une spécialité accessoire, occupe peu à peu la place qui lui est due. L'enseignement de la médecine générale, qui doit initier l'étudiant aux principes essentiels de la pathologie, ne peut ignorer les réactions psychiques dans le comportement de l'individu devant la maladie. La psychiatrie devient ainsi familière au médecin dès le début de ses études et s'intègre à la médecine pour le plus grand intérêt commun.

P. CARRETTE.

La pathologie mentale de la vieillesse, par Paul COURBON. *Paris médical*, n° 29, p. 61-65, 16 juillet 1938.

La pathologie mentale de la vieillesse n'est pas exclusivement l'étude des démences séniles, pas plus qu'elle n'est celle des démences organiques tardives dans ses formes à localisations neurologiques. Il y a deux points de vue à considérer : l'évolution des fautes psychiques dans l'âge avancé d'une part et d'autre part les syndromes psychopathiques qui accompagnent la sénilité cérébrale avec ses deux variétés, vasculaire et cellulaire. M. Courbon caractérise la « mentalité » du vieillard par les aspects suivants : incontinence psychique, impulsivité, radotage, « présentisme ». Quant aux états organiques d'involution, ils constituent les démences séniles.

P. CARRETTE.

Le syndrome du « mentisme » (affluence d'idées), par M. K.-A. SKVORZOV. *Sovetskaja psichonevrologia*, T. XIV, n° 1, 1938.

L'auteur constate que le syndrome du mentisme des auteurs français se manifeste surtout chez les malades atteints de troubles somatiques, chez

des sujets épuisés par de longs processus pathologiques ; néanmoins il peut se manifester dans d'autres conditions. Chez les malades atteints de troubles psychiques il se rencontre surtout dans la schizophrénie.

Le syndrome se manifeste sous des formes différentes suivant la personnalité des malades et les particularités de la maladie initiale. Il peut avoir lieu pour des raisons affectives. La durée peut varier dans des limites très larges allant de quelques minutes à quelques heures. Dans la schizophrénie, sa durée peut être très longue.

Le syndrome ne donne pas d'indications sur le diagnostic de la maladie causale, mais il a de la valeur pour l'appréciation de l'état somatique et psychique du malade et plaide en faveur de l'organicité de la maladie.

Le mentisme traduit le changement qui s'opère dans la personnalité du malade et son importance pour le diagnostic est grande, surtout à la période dissimulé par d'autres manifestations plus bruyantes.

L'étude du mentisme a un grand intérêt psychopathologique pour la compréhension des troubles d'idéation et de ses rapports avec le langage.

FRIBOURG-BLANC.

Erotomanie et jalousie, par D. LAGACHE. *Journal de Psychologie*, XXXV^e année, p. 127-160, janvier-mars 1938.

L'érotomanie et la jalousie se situent dans des zones quelque peu opposées des états psychopathiques. L'une est schizoïdique et l'autre paranoïaque. Cependant la notion d'érotomanie et celle de jalousie dépassent l'absolu du syndrome et des tendances constitutionnelles morbides. Ainsi, dans les observations de M. Lagache, l'association des deux états passionnels est possible grâce aux complexités de la psychose : épisodes agressifs de l'érotomanie, découragement du jaloux et à l'appoint somatique confirmé par l'onirisme, la fièvre et les troubles viscéraux.

P. CARRETTE.

Au sujet du délire, par E. GELMA. *Journal de Psychologie*, XXXV^e année, p. 287-299, avril-juin 1938.

Les considérations sur le délire peuvent se développer infiniment parce qu'elles cheminent dans la voie ouverte des hypothèses. Bien des erreurs sont dues à nos idées théoriques et au crédit trop étroit accordé aux affirmations du malade. Ses explications et son vocabulaire n'ont cependant qu'une valeur bien relative. M. Gelma insiste sur le caractère psychologique du délire. Celui-ci utilise l'élément sensoriel, mais en tire des conclusions qui nous déroutent, parce qu'il est dominé par un état affectif qui commande la trame du courant idéique. Aussi n'est-il pas accessible au raisonnement, mais plutôt à un autre état affectif se substituant au premier. Le succès du médecin ne dépend pas de sa dialectique, mais de la sympathie qu'il éveille chez le malade. Les progrès dans la connaissance du délire ne seront possibles que par l'étude des moyens d'accès du psychisme vers ce qui est un aboutissement et non pas un point de départ.

P. CARRETTE.

Sur le problème des hallucinations (Sul problema delle allucinazioni), par Andrea ROMERO, Turin. *Rivista di psico. nerv. e ment.*, juillet-août 1938, p. 17-61.

L'auteur résume lui-même son article par ces simples mots : « C'est un exposé critique des conceptions actuelles des phénomènes hallucinatoires avec la préoccupation essentielle de leur délimitation méthodologique. La position exacte du problème clinique exige l'abandon de tout préjugé théorique pour suivre une orientation purement phénoménologique ». C'est cependant en fonction d'un préjugé théorique plus que d'une analyse phénoménologique de faits concrets complètement absents de ce travail, que son auteur plaide la cause du phénomène hallucinatoire sensoriel, isolé, véritable « néoproduction » de son, de couleur, etc., en reprenant à son compte les conceptions de Tanburini, Clérambault, M. de Morsier et Morselli. Il se dresse naturellement contre toute entreprise destinée à restituer à l'hallucination la valeur phénoménologique d'une *projection* de l'inconscient ou des contenus de conscience. Tant il est vrai que le problème des hallucinations suit et suivra encore longtemps ses routines habituelles...

Henri Ev.

Sur la nature des hallucinations, par S. BLACHOWSKI (*Rocznik Psychiatryczny*, T. 34-35, 1938).

En prenant comme point de départ les recherches de Jaspers sur les hallucinations et les pseudo-hallucinations, l'auteur examine les critères qui permettent de les différencier. Les hallucinations sont des phénomènes psychiques complexes où l'on peut distinguer : 1° des représentations d'images ou des idées sans images et 2° des erreurs de jugement. Les pseudo-hallucinations se différencient des hallucinations vraies par l'absence de leur existence réelle. Elles ne paraissent point être situées dans l'espace objectif du monde extérieur et se distinguent par le degré de leur vivacité et la multitude des détails imaginés. Suivant cette détermination, les représentations idéiques seraient des pseudo-hallucinations. Le passage des hallucinations fausses aux hallucinations vraies s'effectue dans le domaine des processus intellectuels des pensées et des convictions.

FRIBOURG-BLANC.

Considérations méthodologiques sur les hallucinations, par J. DRETIER (*Rocznik Psychiatryczny*, T. 34-35, 1938).

Les méthodes psychopathologiques actuelles ne permettent pas d'établir une théorie parfaite sur les hallucinations. De l'avis de l'auteur, il est nécessaire en clinique d'étudier le sens général des dires du malade et de traduire ses sensations en propositions protocolaires inter-individuelles (« protokollsatz » de Carnap). Dans une grande partie des cas, cette traduction est possible, surtout chez les schizophrènes qui emploient aussi bien le langage morbide que le langage inter-individuel employé par les individus sains. La formation des faits hallucinatoires vécus en langage protocolaire nécessite la création de deux classes synthétiques : la classe du contenu des idées (classe des abstractions des sens) et la classe des stimulants (classe des abstractions des stimulants). L'expérience personnelle de l'auteur l'a convaincu que la classe du contenu des idées comme la classe des

stimulants sont très difficiles à établir. Il en résulte que les fictions hallucinatoires sont des phénomènes hétérogènes et qu'il leur manque les éléments sensoriels malgré l'apparence que leur donneut les dires des malades. On peut expliquer l'échec des essais de coordonner ces phénomènes à l'aide des classifications métriques (recherches de Hempel et Oppenheim). Il est préférable de se servir de la méthode d'ordonnance (« *ordnungsmethode* » de Carnap), qui tente de résoudre la question de savoir jusqu'à quel degré le malade vit ses hallucinations. Les recherches de l'auteur prouvent que les malades savent graduer les fictions hallucinatoires et former d'après leur intensité des échelles peu claires encore pour l'observateur. L'application de cette méthode permettra de mieux connaître les hallucinations des schizophrènes.

FRIBOURG-BLANC.

Hallucinations et psychogénie, par J. NELKEN (*Rocznik Psychiatryczny*, T. 34-35, p. 89-118, 1938).

Dans cette longue étude, Nelken étudie avec attention le rôle et le caractère spécifique que peuvent jouer les hallucinations dans les troubles psychiques des foules. Il recherche comment se sont développées les hallucinations au cours des siècles, en rapport avec les doctrines religieuses de l'Extrême-Orient (états extatiques des ascètes hindous), les états réactifs de la dévotion mystique du début du christianisme (Athanase, saint Antoine le Grand...), les tentations de Satan subies par les anachorètes, les épidémies psychiques et les manifestations choréiques du Moyen Age. Au fond de ces états extatiques, l'auteur différencie le transfert des sentiments d'un objet à un autre et la sublimation. Passant à la période de la dernière guerre mondiale, Nelken analyse le rôle des hallucinations dans les troubles psychiques collectifs et individuels. Chez Thérèse Neumann, la stigmatisée de Konersreuth, il authentifie l'hystérie par les manifestations corporelles, les attaques, les états d'obnubilation, le changement de caractère et la fuite subconsciente dans la maladie. A l'origine de l'épidémie psychique religieuse de Slupia près de Sroda, décrite par Borowiecki et Blachowski, N... découvre la débilité mentale des sujets, associée aux tendances hystériques. Si le délire n'y apparaît pas distinctement, les hallucinations auditives et visuelles prédominent. Dans les temps modernes, contrairement au Moyen Age, les hallucinations vraies sont très rares dans ce domaine. Elles cèdent le pas aux délires fantastiques. L'auteur envisage enfin le développement des troubles psychiques et, en rapport avec eux, des hallucinations en cas d'une nouvelle guerre avec attaques aériennes par bombes à gaz toxiques sur les grandes villes.

FRIBOURG-BLANC.

Conceptions modernes à propos du mécanisme des hallucinations (*Conceptos modernos acerca del mecanismo de las alucinaciones*), par VICTOR ARROYO (A.). *Revista de psiquiatria y disciplinas conexas*, n° 8, p. 11-12, Santiago du Chili, janvier 1938.

M. Arroyo passe en revue les diverses théories destinées à expliquer l'hallucination en empruntant sa documentation aux conceptions françaises. Il rappelle les travaux de Baillarger et ses discussions avec les partisans de l'idée de désagrégation psychique, la conception organiciste de G. de Cléram-

bault, le dualisme de Claude, la théorie psychogénétique de Mourgues et tend à admettre la conception sensorielle de Guiraud comme la plus conforme à l'expérience clinique psychiatrique, neurologique et neuro-chirurgicale.

P. CARRETTE.

Le problème des hallucinations au XI^e Congrès International de Psychologie (Il problema delle allucinazioni al XI^e Congresso Internazionale di Psicologia), par Mario GOZZANO, Cagliari. *Rivista di Neurologia*, avril 1938, p. 166-178.

Exposé de la discussion — de l'éternelle discussion — qui s'est déroulée à la « Commission pour l'étude des hallucinations » au Congrès de Paris 1937. Dans son important rapport, Morselli a défendu la thèse de l'hallucination phénomène *sui generis* de nature primitivement sensorielle. Gozzano avec l'école italienne reste séduit par l'idée que l'explication de l'hallucination ne peut être cherchée que dans une néoproduction sensorielle. Il expose avec la plus grande objectivité possible, la discussion à laquelle ont pris part Vurpas, Blondel, P. Schröder, Henri Ey, etc. Cet exposé est d'autant plus intéressant qu'il est le seul, les compte rendus du Congrès ne comportant pas les discussions de commissions.

Henri Ey.

Le point de vue du malade dans le problème des hallucinations (The other side of hallucinations by Jonathan Lang), recueilli par Aaron J. ROSANOFF. *The American Journal of Psychiatry*. T. LXXXIV, n° 5, p. 1089-1097, mars 1938.

Jonathan Lang est le pseudonyme d'un malade soigné par M. Rosanoff, qui décrit les phénomènes sensoriels dont il a été atteint. A vrai dire, malgré le diagnostic de schizophrénie et le développement d'un délire paranoïde, l'hallucinoïse persiste. Le malade distingue nettement la pensée parlée de l'hallucination auditive vraie, soudaine, inattendue, simple ou complexe. Il insiste sur l'existence trop méconnue des hallucinations visuelles immobiles, élémentaires, successives, colorées, beaucoup plus fréquentes que les visions cinématographiques, dont la conception est généralement due à l'imagination et à l'inexpérience des sujets sains. Il décrit le synchronisme hallucinatoire auditivo-visuel et l'hallucination esthésique douloureuse identique à la douleur véritable, uniquement différenciée par l'impression d'une cause obscure et anormale. Dans sa description, Lang signale les sensations de spasmes dans l'ordre des douleurs hallucinatoires et là son ignorance rejoint celle des médecins qui formulent une opinion sur les cœnesthopathies.

P. CARRETTE.

Récidive d'hallucinations après une hémorragie. Conservation de la conscience, par Cl. VURPAS et G. FABRE. *Journal de Psychologie*, XXXV^e année, p. 300-308, avril-juin 1938.

Le cas présent pose le problème étiologique du phénomène hallucinatoire. Les crises sensorielles à prédominance visuelle apparaissent après un trauma chirurgical ou hémorragique. L'état de méiopragie ou d'insuffisance des

centres encéphaliques semble exercer son influence pour ressusciter l'expression d'une pensée embryonnaire, peut-être même d'une pensée primitive.

P. CARRETTE.

Hallucinations mescaliques et troubles psycho-sensoriels de l'encéphalite épidémique chronique, par MM. Henri Ey et Marcel RANCOULE, *Encéphale*, 1938, t. II, p. 1-25.

Les auteurs font un rapprochement entre les troubles hallucinatoires de la mescaline et ceux que réalise l'encéphalite épidémique chronique, notamment dans sa forme parkinsonienne. Ils comparent l'intoxication mescalinique chez des sujets normaux et chez des parkinsoniens et concluent que la mescaline, comme l'encéphalite, réalise toute une série d'états hallucinatoires isolés, transitoires et à forte esthésie sensorielle, jusqu'à des états hallucinatoires plus complexes (états dysesthésiques ou de dépersonnalisation, états oniroïdes, anxieux ou d'action extérieure, états oniriques).

L'étude de ces faits montre aux auteurs que l'on ne peut pas concevoir l'hallucination, sous toutes ses formes et à tous ses degrés (de l'hallucinoïse aux états délirants), comme un phénomène différent de l'illusion. Le processus fondamental de tous les troubles psycho-sensoriels est le même, *c'est une confusion entre le subjectif et l'objectif, c'est un excès de subjectif dans l'acte perceptif* et c'est cela qui constitue la nature essentiellement *illusionnelle* de toute la série des phénomènes étudiés comme des hallucinations, des illusions, des pseudo-hallucinations, etc...

Pierre MASQUIN.

Barbiturisme chronique d'asile ; barbiturisme aigu d'hôpital et toxicomanie barbiturique, par LAIGNEL-LAVASTINE et G. d'HEUCQUEVILLE. *La Clinique*, n° 297, 2-5, janvier 1938.

Les épileptiques d'asile, traités par le gardénal, présentent généralement des troubles marqués du caractère : irritabilité et viscosité. Pour obtenir un meilleur équilibre, on tend à réduire la dose de barbiturique et à y adjoindre du bromure ou un borotartrate. Les auteurs examinent à ce propos les dangers du barbiturisme, dont les autres formes ont pris, ces dernières années, un redoutable développement. L'intoxication aiguë relève du traitement par la strychnine. L'habitude du gardénal ou du somnifène devenu fréquente chez les névropathes en clientèle, pose un problème délicat. La nécessité de calmer le malade ne doit pas exclure la crainte de l'accoutumance qui rend la suppression pénible et provoque des accidents psychopathiques.

Une réglementation sévère de la vente des barbituriques, leur délivrance exclusivement sur ordonnance médicale s'imposent de plus en plus.

P. CARRETTE.

Le barbiturisme aigu. Considérations sur son pronostic, sa thérapeutique et sa prophylaxie, par G. CARRIÈRE et Claude HURIEZ. *La Clinique*, n° 297, p. 6-11, janvier 1938.

La mort par intoxication barbiturique, — dans l'état actuel de nos connaissances sur la thérapeutique utile, — est due à l'ingestion massive

et au retard apporté à la strychninothérapie. La soustraction de liquide gastrique, la ponction lombaire, l'usage de la coramine, de l'adrénaline, de l'oxygène, de l'alcool sont généralement impuissants dans les cas graves. S'il s'agit d'un suicide entouré de mystères et de précautions, le diagnostic est tardif et le traitement inopérant. Le médecin ne peut donc se désintéresser des mesures prophylactiques destinées à empêcher les accidents. MM. Carrière et Huriez proposent : la fixation à 5 egr. du dosage maximum des comprimés de gardénal, l'adjonction de bleu de méthylène, d'ipéca et, — si des recherches ultérieures se montrent favorables, — la généralisation du complexe strychno-harbiturique.

P. CARRETTE.

L'étiologie du syndrome confusionnel et l'utilisation du vaccin T.A.B. (The Aetiology of the Confusional Syndrome and the Use of T.A.B. Vaccine), par D.-N. PARFITT. *The Journal of Mental Science*. T. LXXXIV, n° 350-351, p. 563-573, mai-juillet 1938.

Le traitement par le choc protéinique apporte à M. Parfitt des arguments en faveur d'une origine psychique — ou cérébrale — de la confusion mentale. Les perturbations somatiques surviendraient quand la résistance nerveuse faiblit. L'emploi de l'index du T.A.B. révèle à ce propos la nature du trouble confusionnel. Cet index est le rapport entre l'élévation thermique, la durée de la poussée de fièvre et la dose de vaccin injecté. Il est très élevé dans la confusion mentale. Ce qui prouve que le vaccin n'a pas une action spécifique, mais bien réactionnelle. Celui-ci collabore à la défense organique comme le montre l'évolution favorable et écourtée de la manie confusionnelle traitée par le T.A.B.

P. CARRETTE.

Les psychoses confusionnelles de désintoxication, par M. ZIELINSKI (*Rocznik Psychiatryczny*, T. 34-35, p. 81-88, 1938).

Les délirs aigus survenant pendant les cures de désintoxication (morphine, alcool) sont bien connus. Ils durent en général quelques jours et se caractérisent surtout par des troubles de la conscience (illusions, hallucinations, désorientation). Z... a observé des psychoses de désintoxication (morphine), qui ont duré plusieurs mois et ont présenté des manifestations cliniques très intéressantes : début par un état confusionnel auquel s'est surajouté un syndrome schizophrénique de longue durée. La ressemblance avec la schizophrénie est frappante mais on peut constater, au cours de la convalescence, que les symptômes caractéristiques sont soutenus par le délire bien qu'ils dérivent de la constitution schizoïde des malades.

FRIBOURG-BLANC.

Anémie pernicieuse. Syndrome confusionnel (Anemia perniciosa. Síndrome confusional), par ALFONSO P. QUARANTA. *Revista argentina de Neurología y Psiquiatría*. T. 3, n° 2, p. 187-191, juin 1938.

Les syndromes psychopathiques de l'anémie pernicieuse posent un problème pathogénique ardu. Les formes neuro-anémiques avec troubles mentaux paraissent dues à une intoxication et à l'ischémie. Dans le cas de M. Quaranta il s'agit d'une forme psychique pure, curable par la théra-

peutique classique. Le mécanisme est sans doute le même avec des modalités de localisation. Le pronostic est meilleur et la confusion mentale est de règle dans ces états psychopathiques. Les signes secondaires sont très polymorphes : délire, catatonie, agitation, incohérence, troubles sensoriels.

P. CARRETTE.

Le complexe somato-psychique en psychiatrie (Resultant and Purposive in Psychiatry), par H. CRICHTON-MILLER. Société royale de Médecine, Section de Psychiatrie, 11 octobre 1938 in *The Journal of Mental Science*. T. LXXXV, n° 354, p. 82-95, janvier 1939.

Le problème étiologique est peut-être le plus discuté de tous ceux qui se posent au psychiatre. Si celui-ci adopte une attitude rigide, il perd le bénéfice des résultats thérapeutiques obtenus par des méthodes opposées alors que dans la pratique les mécanismes sont complexes. M. Crichton-Miller insiste sur leurs inter-réactions. La synergie somato-psychique des causes répond seule à la réalité. Elle se compose de facteurs fixes, organiques, involontaires (resultant) et d'éléments individuels, psychologiques (purposive). L'auteur tire un exemple de « la Psychopathologie de la vie quotidienne » où Freud explique le mécanisme de son amnésie dans la migraine : les spasmes circulatoires sont associés à des troubles émotifs. D'autre part, le renforcement des symptômes par l'association des mécanismes est bien connu dans l'énurésie. La connaissance de ces synergies mériterait d'être approfondie dans l'étude des psycho-névroses de guerre. Elle rendrait les plus grands services, tant du point de vue thérapeutique que du point de vue prophylactique.

P. CARRETTE.

Quelques remarques sur les recherches étiologiques en psychiatrie, par M. H. BARUK. *Laboratoire et Psychiatrie*, n° 3, année 1937.

M. Baruk envisage les différents ouvrages qui ont marqué une étape dans l'histoire de la Psychiatrie : c'est d'abord Esquirol, qui a posé les fondements de la Psychiatrie chimique, puis Morel, qui a posé ceux de la Psychiatrie étiologique. Et sans doute d'ailleurs sera-t-il permis d'ajouter que M. Baruk n'est pas l'un des derniers à avoir érigé les bases d'une psychiatrie médicale. Et dans son article, M. Baruk dénonce l'erreur clinique par laquelle les maladies mentales ont été distinguées en maladies héréditaires et maladies acquises. Le terrain résulte à la fois de tares et de maladies accidentelles. Il existe donc un terrain congénital et un terrain acquis.

L'auteur rappelle ensuite les orientations nouvelles se dégagant de la pathologie toxi-infectieuse.

M. LECONTE.

Pathogénie des délires secondaires des paralytiques généraux malarisés (Patogenesi die deliri secondari dei paralitici progressivi malarizzati), par Giuseppe MUGLIA, Messine. *Il Cervello*, janvier 1938, p. 13-26.

Dans le but de vérifier l'hypothèse de Giacomo et Plescina sur la valeur pathogénique des troubles hépatiques dans le déterminisme des délires

secondaires, l'auteur a mis en évidence chez neuf malades une insuffisance hépatique constante et partielle (épreuves de glycémie et glyconurie provoquées, réactions de Buscaïno, Ehrlich, Gmelin, Hay).

Henri Ex.

La constitution humaine et la paralysie générale progressive, par MM. PAULIAN et CANTAGUZÈNE. *Archives de Neurologie de Roumanie*, n° 3, année 1938.

Les auteurs étudient les relations entre les formes morphologiques et les localisations de la syphilis nerveuse, paralysie générale en particulier. Déjà Bayle remarquait la fréquence dans celle-ci d'une constitution « forte, robuste, athlétique », Stern la rareté de la constitution asthénique, Corman la fréquence du type pycnique. Sur les 25 sujets atteints de syphilis nerveuse étudiés par les auteurs, aucun paralytique général n'était de constitution asthénique. Par contre, contrairement à l'opinion de Corman, ils étaient plus souvent athétiques que pycniques. Vingt-quatre présentaient de l'asymétrie faciale.

D'autre part, pour Corman, les formes dépressives et expansives se voient surtout chez les pycniques, les formes démentielles chez les leptosomes. Pour les auteurs, les formes délirantes ne sont pas en relation avec le type constitutionnel. Les formes démentielles, par contre, sont nettement plus nombreuses chez les athétiques. Le tabès paraît avoir une prédilection pour le type pycnique.

M. LECONTE.

Délire passionnel et sclérose multiloculaire, par AUBIN et A. BARRAUX (Hôpital Militaire de Marseille). *Encéphale*, 1938, t. 1, p. 239-243.

Observation d'un délirant qui ne se différencie psychologiquement en rien des délires chroniques et dont on pourrait être tenté de faire l'épanouissement d'une constitution morbide par suite de chocs psychogènes. Les auteurs pensent que c'est un processus de sclérose multiloculaire qui est ici responsable de l'éclosion du délire, des troubles neuro-végétatifs qui ont transformé l'affectivité du malade, déterminé les « expansions » d'énervement et amorcé une transformation de la personnalité.

Pierre MASQUIN.

Psychopathologie des états passionnels (Psicopatologia dels estats passionals), par E. MIRA. *Revista de Psicologia i Pedagogia*. T. V, n° 19, p. 353-418, août 1937.

Les bases d'une étude des états passionnels s'appuient sur les complexes psycho-physiologiques de trois groupes : les passions liées à l'amour, à la haine, à la peur. Ainsi, M. Mira étend sa conception aux phobies, aux émotions tristes et aux angoisses, états passifs très différents à première vue des formes actives, paranoïaques, des deux premiers groupes. Le lien de ces manifestations affectives est le déséquilibre neuro-végétatif lié aux émotions mixtes, complexes.

P. CARRETTE.

Psychoses parmi les disciples de Father Divine (Psychoses among Followers of Father Divine), par Lauretta BENDER et Zuleika YARRELL. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. T. LXXXVII, n° 4, p. 418-449, avril 1938.

Dix-huit malades sont entrées au Bellevue Psychopathic Hospital pour des faits se rattachant à l'enseignement de Father Divine. Ces femmes de race noire désiraient vivre dans les chants, les danses et la célébration du Royaume de Dieu, supprimer les liens de famille et pratiquer la continence sexuelle. Deux patientes étaient internées pour avoir appliqué strictement les principes de la religion nouvelle et avoir de ce fait négligé leurs enfants, mais les autres présentaient des signes d'excitation du type maniaque, avec délire et manifestations d'extase. Ce sont des exemples de troubles mentaux psychogénétiques chez des prédisposés. L'épisode mystique a conditionné l'accès, grâce à une surcharge affective imposée à une personnalité pré-psychotique morbide chez des individus issus d'une race réputée pour l'extrême susceptibilité de son excitation émotionnelle.

P. CARBETTE.

Essai sur le rôle de la syphilis dans le déterminisme de la démence précoce, par P. FAVERET et J. RONDEPIERRE. *Encéphale*, 1938, t. 1, p. 194-208.

Au sujet d'un fait clinique assez troublant, les auteurs cherchent à déterminer la place qu'occupe la syphilis dans l'étiologie des démences précoces (type Morel et schizophrénies de Claude).

Après une revue générale de la question, ils discutent la signification de leur propre cas et concluent que la démence précoce est avant tout un syndrome à la base duquel la syphilis, tant héréditaire qu'acquise, se place certainement entre autres causes biologiques. Le mode d'action du tréponème semble s'apparenter à celui qui est réalisé dans la paralysie générale, c'est-à-dire qu'il représente seulement un facteur favorisant, mais sans action de causalité directe, ce qui expliquerait l'échec des agents anti-spécifiques. La forme due à la syphilis serait une « véritable démence précoce » et non une pseudo-hébétéphrénie.

Le rôle du facteur syphilitique, lorsqu'il est en cause, dépasserait de beaucoup l'influence constitutionnelle ou héréditaire, même quand l'ascendance psychopathique est manifeste, la syphilis resserre l'étau de l'hérédité. Importante bibliographie.

Pierre MASQUIN.

La surdité comme cause de réactions paranoïdes (La sordità come causa di reazioni paranoide), par Mario-Emilio TORSEGNO, Pavie. *Neopsichiatria*, janvier, février 1938, n° 1, p. 64-76.

Revue « générale » sur la question. Krapelin avait signalé parmi les malades psychogènes les délires de persécution chez les sourds. Mercklin (1918) classe ces cas dans la paranoïa. D'après Krapelin et Mercklin, le délire se constitue sur la base d'illusions. Llopis Lloret (1933) croit qu'il s'agit d'hallucinations sensorielles. D'après Otonello (1930), la richesse des hallucinations de l'ouïe dans les otopathies ne constitue pas un caractère constant, la perte de l'ouïe est inductrice de réactions psycho-affectives chez des sujets prédisposés. Bibliographie.

Henri Ey.

Démence précoce et chorée dégénérative de Huntington (*Demenza precoce e corea de generativa di Huntington*), par Arturo NICOTRA, Syracuse. *Il Cervello*, juillet 1938, p. 219-229.

Cas très intéressant d'un homme de 33 ans qui, condamné pour tentative d'homicide à 28 ans, présenta à 32 ans un syndrome de chorée avec troubles délirants affectifs du type démence précoce.

Henri Ey.

La « démence précoce » ou la schizophrénie constituent-elles une maladie ? Critiques nosographiques, par M. H. BARUK. *Archives de Neurologie de Bucarest*, n° 3, année 1938.

M. Baruk montre que les états dénommés démence précoce ou schizophrénie ne peuvent être considérés comme réalisant une entité véritable, ni du point de vue nosographique, ni du point de vue psychopathologique, ni du point de vue physiologique et sémiologique. D'une façon mesurée et séduisante, il trace les nouvelles avenues médicales de la psychiatrie à propos de sa démonstration. L'esprit du psychiatre ne doit plus se satisfaire de ces constructions qui ont étouffé les progrès des recherches cliniques et physiologiques. Quand on a caractérisé par un terme descriptif, par une étiquette psychiatrique un état donné, il faut rechercher « les troubles de fonctions » et procéder ensuite à l'examen des antécédents personnels et familiaux, à l'examen clinique et biologique afin de déceler les causes des troubles mentaux qui seules permettent de formuler un pronostic et d'établir une thérapeutique.

Il y a dans ces différents troubles de fonction des divers syndromes des stades d'atteinte fonctionnelle qui peuvent sans cesse évoluer ou régresser : « Loi des stades évolutifs ou régressifs des psychoses ». En ce qui concerne les rapports psychiques et somatiques au début des psychoses, l'auteur insiste encore sur les « balancements psychosomatiques », notion du plus grand intérêt.

Tous ces éléments expliquent que seule l'analyse individuelle psychiatrique et médicale de chaque malade permettra l'établissement d'un pronostic. Pour M. Baruk, « l'évolution dépend aussi en partie de l'attitude du médecin : elle a d'autant plus de chances d'être mauvaise que le médecin la considère d'emblée comme perdue » ; position pessimiste qui devient de moins en moins celle des psychiatres français.

M. LECONTE.

Psychoses d'allure schizophrénique chez les jeunes enfants (*Schizophrenia-Like Psychoses in Young Children*), par R.-A.-Q. LAY. *The Journal of Mental Science*. T. LXXXIV, n° 348, p. 105-133, janvier 1938.

La schizophrénie pré-pubère offre les mêmes caractéristiques affectives et délirantes que celles de l'adulte. La démence précocissime de Sanctis est à type moteur prédominant. La phrénasthénie aparcético-aphasique tardive est une forme de sclérose cérébrale de l'enfance. La démence infantile de Heller consiste en un arrêt de développement psychique survenant à 3 ou 4 ans, avec troubles de la parole et excitation. La maladie hypercénétique de Kramer et Pollnow apparaît comme la conséquence d'une encéphalite, peut-être épidémique. Autant de formes cliniques que les six cas

présentés par M. Lay rappellent et dont il donne une analyse psychopathologique pour indiquer la difficulté d'établir une classification rationnelle, un pronostic et un traitement d'ensemble.

P. CARRETTE.

Le syndrome schizophrénique au cours de diverses psychoses chez l'enfant, par K. KANDARADSKAJA (*Nevropatologija i Psichiatria*, T. VI, fasc. 5, 1937).

L'auteur expose l'histoire clinique de six enfants qui présentent un syndrome d'apparence schizophrénique au cours de divers troubles psychiques tels que : 1° états postencéphalitiques et syphilitiques ; 2° tumeur de l'encéphale ; 3° états d'intoxication ou d'infection aiguë ; 4° épilepsie ; 5° psychose maniaco-dépressive. Ces manifestations psychiques, d'apparence schizophrénique, ont probablement une origine exogène car les sujets observés n'avaient aucune tare héréditaire schizophrénique et ne possédaient aucune tendance schizoïde de la personnalité prémorbide. L'analyse des cas observés par l'auteur prouve que, dans l'apparition de ce syndrome, le changement du terrain biologique de ces jeunes malades joue un rôle important. Le pronostic de ce syndrome est bénin en lui-même. Il n'influence pas la psychose de base dont l'évolution est indépendante et variable suivant les cas.

FRIBOURG-BLANC.

Conditions psychosiques réalisées par l'intoxication hydrique : Confusion mentale et symptômes schizophréniques (Psychotic Conditions Induced by Water Intoxication : Confusio Mentis and Schizophrenic Symptoms), par ARILD FAURBYE. *Acta psychiatrica et neurologica*, T. XIII, fasc. 3, p. 261-269, 1938.

Les tests d'hydratation par absorption d'eau et injection d'hormone pituitaire antidiurétique modifient l'évolution du syndrome chez les épileptiques observés. On note, en dehors des crises, l'apparition des manifestations psychopathiques. M. Faurbye attire l'attention sur l'influence de l'hyperhydratation des cellules cérébrales dans les crises de l'épilepsie et dans les accès d'allure schizophrénique. Il tend à admettre l'hypothèse d'une déshydratation des cellules cérébrales influençant favorablement la psychose à la suite des traitements par le cardiazol et l'insuline.

P. CARRETTE.

Dynamique de la schizophrénie sous l'influence des narcoses prolongées, par le Prof. GUILJAROVSKI (Moscou). *Encéphale*, 1938, t. I, p. 165-180.

L'auteur s'est efforcé, dès le début de ses recherches sur l'action de la narcose dans la schizophrénie, à étudier les modifications d'ordre psychique, somatique et métabolique. Cette thérapeutique paraît ainsi très utile pour l'étude expérimentale de la schizophrénie. Elle se rapproche de cette psychoanalyse pharmacodynamique qu'ont étudiée Mlle Pascal et Mlle Deschamp.

La narcose prolongée, en faisant disparaître avec une certaine régularité les symptômes de schizophrénie, la déshabille en quelque sorte et nous rapproche de son essence voilée sous des symptômes accessoires.

L'étude des variations du tableau de la schizophrénie ainsi observées peuvent nous aider à pénétrer davantage la nature de cette affection.

Pierré MASQUIN.

Etude du langage dans la schizophrénie (Language Study in Schizophrenia), par William L. Woods. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. T. LXXXVII, n° 3, p. 290-316, mars 1938.

L'analyse du langage des schizophréniques fait d'abord ressortir la pauvreté, l'imprécision et la cristallisation de la pensée. Cette impression est d'ailleurs souvent confirmée par le malade. La réalité de cette idéation affaiblie est parfois masquée, soit par la facilité de l'élocution, la complexité de la phraséologie, l'emploi de néologismes, soit au contraire par l'apparence de la condensation, de la réflexion, le langage elliptique aboutissant aux stéréotypies. Le contenu et la forme du discours sont égocentriques, mais à des degrés variables. Son caractère subjectif et l'étrangeté des impressions incitent à l'emploi fréquent de la métaphore. Dans les formes cliniques anciennes il est possible de suivre le développement des bizarreries verbales qui indiquent le symbolisme et la désagrégation.

P. CARRETTE.

Traumatisme cérébral et schizophrénie (Hirnverletzung und Schizophrenie), par E. FEUCHTWANGER et W. MAYER-GROSS. *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, LLI, 1. 1938.

La fréquence des psychoses d'aspect schizophrénique chez les blessés du cerveau dépasse quatre fois celle de la schizophrénie dans la population. Mais il faut distinguer entre les psychoses traumatiques avec symptômes schizoïdes secondaires et les schizophrénies vraies pouvant survenir chez des blessés du crâne. La proportion de ces dernières n'est que légèrement supérieure à celle de la population moyenne. Le problème étiologique est facile à trancher pour le premier groupe ; tel est le cas par exemple pour certains syndromes paranoïdes qui compliquent l'épilepsie traumatique et qui ne s'expliquent nullement toujours par l'influence pathoplastique possible d'une constitution schizoïde. En cas de processus schizophrénique vrai succédant à un traumatisme cérébral compliqué ou non d'épilepsie, le problème de causalité est très délicat. L'étiologie traumatique a été niée en bloc par certains auteurs ; une étude clinique approfondie montre que ce point de vue est excessif. On ne saurait nier le rôle au moins favorisant du traumatisme cérébral ; on ne saurait le nier quand, à l'exemple d'un des cas rapportés le premier accès d'une psychose schizophrénique succède immédiatement au traumatisme, ou lorsque des symptômes de transition très nets marquent l'évolution progressive des troubles post-traumatiques proprement dits vers un processus schizophrénique cliniquement typique. C'est donc une étude individuelle de chaque cas qui seule peut permettre une appréciation rationnelle et juste.

E. BAUER.

Activité vésicale dans les états schizophréniques associés à la catalepsie (Vesical Activity in Schizophrenic States Associated with Catalepsy), par Edward S. TAUBER, Lloyd G. LEWIS et Orthello R. LANGWORTHY. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXXIX, n° 1, p. 14-23, janvier 1938.

L'état des muscles lisses et striés au cours de la catatonie est étudié en prenant comme base le fonctionnement vésical. Chez les schizophréniques atteints de crises cataleptiques, la contractilité de la vessie est modifiée :

elle est amplifiée et la tonicité du sphincter est en même temps renforcée, de sorte que la capacité vésicale se trouve être augmentée. L'intensité de ces phénomènes est parallèle à celle de la catalepsie.

P. CARRETTE.

De la symptomatologie épileptoïde dans la schizophrénie, par N.-L. GAR-KAVI. *Neuropatologia i Psichiatria*, T. VI. fase. 12, 1937.

A l'occasion de plusieurs observations personnelles de malades atteints de schizophrénie et présentant, à côté des troubles sensoriels et psychosensoriels, de petites crises épileptoïdes, l'auteur fait ressortir que ces crises convulsives et psychosensorielles peuvent être isolées en un syndrome épileptoïde-sensoriomoteur.

Ce syndrome peut se manifester sous une apparence prédominante, soit dans la schizophrénie, soit dans l'épilepsie. Le diagnostic différentiel de ces formes doit être étudié avec une attention particulière.

FRIBOURG-BLANC.

Le test de Rorschach appliqué aux sujets normaux et aux schizophrènes (The Rorschach Test as applied to normal and schizophrenic subjects), par Maria RICKERS-OVSIANKINA. *The British Journal of Medical psychology*, T. XVII, 2^e partie, p. 227-257, 21 mars 1938.

Le test de Rorschach, recherché chez 20 sujets normaux et 37 schizophrènes, montre, dans les états pathologiques, un trouble de l'équilibre intellectuel caractérisé par un plus grand nombre des interprétations, malgré la pauvreté de la perception. Les détails rares et minimes sont retenus aux dépens de l'ensemble. Il y a prédominance des interprétations de couleur sur celles de mouvement. Les catégories de réponses antithétiques, « originales et populaires », indiquent l'absence de sens réel et l'autisme de la pensée.

P. CARRETTE.

Le test de Rorschach chez les épileptiques (O teste de Rorschach em epilepticos), par J.-C. CAVALCANTE-BORGES. *Neurobiologia*, T. 1, p. 29-35, juin 1938.

Voici les résultats fournis par l'interprétation de l'épreuve de Rorschach dans 50 cas d'épilepsie : défaut d'activité intellectuelle large et productive, pas de dispositions généralisatrices, abstractives, ni de réalisations synthétiques ; recherche du point de vue pratique, concret, préoccupations de minutie ; processus associatifs sans suite, ni vivacité ; activité mentale orientée en dehors, peu de cas d'intraversion ; instabilité affective, tendances impulsives, égocentriques, irritabilité.

P. CARRETTE.

Epilepsie choréique familiale avec démence (Epilepsia choreica familiaris cum dementia), par L. BENEDEK, de Budapest. *Monatsschrift für Neurologie und Psychiatrie*, 98, 6, 1938.

L'auteur rapporte les observations de deux sœurs, exemptes de tares héréditaires connues, atteintes depuis l'âge de 10 et de 12 ans respective-

ment, de troubles choréiques et d'épilepsie, avec évolution rapide vers un état démentiel profond. Les manifestations choréiques varient dans leur intensité ; dans l'un des cas elles alternent dans une certaine mesure avec les crises convulsives, qui sont suivies d'une accalmie pendant plusieurs jours ; dans l'autre cas leurs fluctuations sont indépendantes des crises. L'auteur insiste sur les différences cliniques très nettes qui séparent ces cas de chorée-épilepsie familiale des syndromes de chorée-épilepsie antérieurement décrits.

E. BAUER.

Léonard de Vinci n'était-il pas un épileptique ? par Alexandre EVLACHOW, Leningrad. *Archivio di Neurologia. Psichiatria e Psicanalisi*, tome XVIII, 1937, p. 343-357.

Cet article paru en français souligne quelques traits de caractère de l'illustre Léonard de Vinci. Pédantisme, ponctualité, économie, souci du détail, affectation, moralité sentencieuse, cruauté, douceur fade, religiosité formelle, frigidité, virginité, athlétisme et gaucherie. Tels sont les traits épileptoïdes de Léonard de Vinci, tels sont les éléments d'un « certificat » heureusement très tardif.

Henri Ey.

Avitalisation de la réalité dans la perception extérieure (*Avitalización de la realidad en la percepción exterior*), par Fernando GORRITI. *La Sema a médica*, n° 1, 1938.

Les manifestations anxieuses de la mélancolie sont liées à l'état somatique angoissant ou à des facteurs psychologiques voisins du délire. Parmi ces derniers, il faut faire une place importante aux conséquences d'états cœnesthésiques qui sans être précisés par un trouble sensoriel déterminé entretiennent le sentiment « d'avitalisation de la réalité ». Les troubles du sentiment vital interviennent ainsi dans les syndromes affectifs. Dans les états hyperthymiques ils sont représentés par les cas d'hypervitalisation (signalés par M. Gorriti à propos du baldéisme) et dans la mélancolie anxieuse par ces états d'inquiétude désespérante paroxystique, de dépersonnalisation et d'acœnesthésie (Sollier et Courbou), de perte de la fonction du réel (Pierre Janet).

P. CARRETTE.

Défense de l'anorexie mentale, par Noël PÉRON. *Paris médical*, n° 29, p. 65-70, 16 juillet 1938.

Dans une étude symptomatique très complète, M. Péron montre avec à-propos que les troubles trophiques, digestifs, endocriniens et vasculaires de l'anorexie mentale vraie sont des manifestations secondaires justiciables du traitement classique : réalimentation rationnelle avec isolement et psychothérapie. Si tant de manifestations d'allure organique se développent dans la névrose anorexique, c'est parce que le diagnostic n'est souvent porté que tardivement alors que la dénutrition et les erreurs thérapeutiques ont produit leurs désordres.

P. CARRETTE.

Une observation de psychasthénie par Tristan Bernard, par J. LAFONT.
Le Progrès médical, n° 1, p. 19-20, 1^{er} janvier 1938.

Le Daniel Henry de Tristan Bernard — comme son Triplepatte d'ailleurs — le héros des *Mémoires d'un jeune homme rangé* et de *Un mari pacifique* est le type de l'aboulique banal qui échappe de justesse à l'emprise des psychothérapeutes. Le portrait est minutieusement étudié par le romancier et l'observation porte par la justesse des détails. Héritier du Frédéric Moreau de Flaubert, il ne s'extériorise pas à la manière de son prédécesseur de *l'Education sentimentale*. Si son histoire nous laisse une impression d'amusement, c'est que l'auteur — selon son tempérament — est resté dans le cas particulier et dans le ton de la comédie de caractère, alors que Flaubert s'est livré à une généralisation dramatique.

P. CARRETTE.

Un cas de « trémophobie », par P. HARTENBERG (*La Presse Médicale*, 27 août 1938).

Depuis Henry Meige, on désigne sous le nom de trémophobie la peur de trembler. Après avoir rappelé les observations rapportées par Henry Meige, M. P. Hartenberg rapporte un cas de peur de trembler en buvant. A cette crainte, s'est d'ailleurs associée avec le temps la peur de trembler en écrivant devant des étrangers. Ce sujet, âgé de 38 ans, présentait de l'hyper-émotivité anxieuse et une prédisposition au tremblement. Le début des troubles se relie à un choc émotif banal à l'occasion d'un verre trop rempli dans un café. Il s'agit d'une phobie « sociale » qui ne se manifeste qu'en public, et dont les moyens de défense sont en réalité des capitulations qui ne font que l'aggraver. Un traitement ayant pour but la sédation de l'état émotif et dans lequel psychothérapie et rééducation de la volonté jouent un rôle important ont amené la diminution progressive de la phobie.

René CHARPENTIER.

De la dépression psychique, par M. BORNSTEIN (*Warszawskie Czasopismo Lekarskie*, T. XV, n° 25-26 du 7 juillet 1938).

L'auteur souligne la fréquence des états dépressifs à toutes les périodes de la vie humaine ainsi que la multiplicité de ses manifestations : états réactifs, psychogéniques, états survenant au cours de la cyclothymie, de la schizophrénie et des psychoses organiques. Les états dépressifs réactifs se trouvent bien de la psychothérapie. Dans d'autres formes, les malades bénéficient avantagement du traitement par les opiacés. L'emploi de préparations endocriniennes trouve des indications fréquentes.

FRIBOURG-BLANC.

La personnalité prépsychotique des déprimés avec agitation (*Prepsychotic personality of Patients with Agitated Depression*), par W.-B. TITLEY. *Archives of Neurology and Psychiatry*, T. XXXIX, n° 2, p. 333-342, février 1938.

Les déprimés agités sont des anxieux qui forment une des catégories d'états mixtes de Kræpelin. Pour M. Titley, leur état se rapproche de la

mélancolie d'involution. L'étude de la personnalité prépsychotique révèle les mêmes caractéristiques : difficulté d'adaptation, attitude asociale et inamicale, intolérance et inaptitude sexuelle, rigidité éthique, extrême réticence, obstination, scrupule et méticulosité. Cet ensemble est très différent de celui que l'on observe chez les sujets atteints des accès mélancoliques de la psychose maniaque-dépressive.

P. CARRETTE.

Délire de négation et psychoses réactionnelles (Delirio di negazione e psicosi reazionali), par Giovanni FATTOVITCH et NICCOLAI. Venise. *Archivio. gen. di Neuro. Psichiatria e Psicanalisi*, 1938, III, p. 200-209.

A côté des cas de délires de négation mélancoliques classiques, on peut rencontrer comme dans le cas rapporté, des idées de négation isolées (il s'agit plutôt dans ce cas de ce que l'on appelle en France méconnaissance systématique de la mort, phénomène auquel J. Borel a consacré sa thèse).

Henri Ey.

Psychoses de situation, psychoses de réaction (Psicosis de situación, psicosis de reacción), par Enrique Roxo. *Revista de Psiquiatria y Criminologia*, n° 14, p. 117-124, Buenos-Aires, mars-avril 1938.

Avec Bönhoff, avec Mira, M. Roxo décrit sous le nom de psychoses de situation et de réaction des accès psychopathiques observés chez les débiles, les dysthymiques, les paranoïaques à la suite de circonstances soudaines et graves capables d'augmenter brusquement le déséquilibre déjà existant. Ces cas sont intéressants parce qu'ils montrent l'impossibilité d'isoler chez les malades les perturbations somatiques des désordres mentaux. Dans toute psychose réactionnelle il y a un complexe organo-psychique. La crise émotive révélatrice est primaire ou secondaire. Elle déclenche un état physiopathique ou naît d'un état toxi-infectieux. La forme la plus fréquente est la manie confuse. On la voit éclore après un choc moral : grosse déception, violente colère, frayeur, aussi bien qu'après un choc physique : traumatisme, intoxication alimentaire ou médicamenteuse, basedowisme aigu.

P. CARRETTE.

Les psychoses des grévistes, par Maurice et Mme Suzanne LECONTE. *Le Progrès médical*, n° 11, p. 377-380, 12 mars 1938.

Après les grèves de juin 1936, on a observé un assez grand nombre d'états psychopathiques apparemment liés aux conditions sociales. Voici quatre cas nouveaux. Ils se présentent, comme les précédents, sous la forme d'états dépressifs, avec anxiété, idées de persécution ou bouffées confusionnelles. Les thèmes développés par les malades rappellent les événements originels et l'évolution en dépend. Ces syndromes surviennent évidemment chez des prédisposés. Les facteurs occasionnels les plus fréquents sont l'alcoolisme, la déhilité mentale et physique, l'hyper-émotivité.

P. CARRETTE.

Rationalisme et géométrisme morbides, par DELMAS-MARSALET. *Journal de Médecine de Bordeaux*, 5-12 février 1938, p. 129.

L'auteur dessine avec bonheur un type constitutionnel peu étudié jusqu'ici, et qui a sa place aux confins de la pathologie psychiatrique : esprit dépourvu de toute plasticité, enfoncé dans la logique implacable des déductions, accessible seulement aux démonstrations mathématiques et proche voisin de certains paranoïaques, le « rationaliste morbide » mérite, par ses méfaits dans la vie familiale et sociale, d'être connu du médecin.

BERGOUIGNAN.

Contribution à l'étude d'une forme délirante du rationalisme morbide (Contribución al estudio de una forma delirante del racionalismo mórbido), par Elio García AUSTT et Rodolfo AGORIO. *Revista de Psiquiatria y Criminología*, n° 14, p. 125-140, Buenos-Aires, mars-avril 1938.

Le rationalisme morbide, — considéré par M. Minkowski comme une forme de la pensée schizophrénique aboutissant à la création d'un monde fixe et géométrique, conséquence de l'incapacité pragmatique, — est pour MM. Austt et Agorio une tendance psycho-pathologique plus générale qui n'implique pas un comportement défini. Ils s'élèvent contre le principe d'opposition entre l'intelligence et l'instinct. Ils les confondent au contraire dans leur explication de la conduite de l'individu normal et du psychopathe. Pour eux le rationalisme morbide de M. Minkowski n'est que la forme passive ; celle du schizofrénique, du psychasthénique. Il peut revêtir une forme active, agressive ou conciliante. Dans l'exemple cité les auteurs montrent comment un émotif, timide, aboutit à un système délirant dans lequel il étend à la réalité ambiante le rationalisme d'abord créé pour son usage personnel. Il n'en est pas moins vrai que tous ses raisonnements, édifiés sur un point de départ cœnestopathique, ont été dégagés de l'anxiété perturbatrice du début, grâce au placement à l'Asile qui a fourni au malade la solution désirée à l'angoissant problème de son adaptation sociale.

P. CARRETTE.

Etude clinique d'une pathomime, par DELMAS-MARSALET, BERGOUIGNAN et LAFON. *Journal de Médecine de Bordeaux*, 26 mars 1938, p. 329.

L'observation clinique qui est à la base de cette étude concerne une jeune fille qui, pendant trois ans, trompant toutes les surveillances, s'est inoculé plus de deux cents abcès sous-cutanés. Cette malade est surtout une hyperémotive anxieuse, obéissant à une impulsion obsédante : l'appoint mythomane, l'appétit impérieux d'être un centre ne jouent ici qu'un rôle secondaire et négligeable ; il faut voir plutôt dans ces manifestations la marque d'une agitation forcée psychasthénique, au sens de Janet avec sa signification profonde de dérivation, et ses perversions émotives possibles : par tous ces traits, cette malade rappelle l'observation princeps de Dieulafoy, qui a été rangée à tort dans le cadre de la mythomanie authentique.

BERGOUIGNAN.

Traumatismes crâniens et troubles mentaux (Head Injuries and Mental Disorder), par T.-C. GRAVES. *The Journal of Mental Science*. T. LXXXIV, nos 350-351, p. 552-562 mai-juillet 1938.

Les cas rapportés par M. Graves permettent d'envisager toutes les associations de traumatismes crâniens et de troubles mentaux : affections chirurgicales, états toxi-infectieux déclarés chez des psychopathes ou suivis de manifestations psychopathiques. Or, il apparaît que toute affection traumatique évoluant sans complication entraîne un minimum de risques de névroses, de délires ou d'affaiblissement intellectuel. Les infections chroniques associées sont génératrices de la plupart des complications psychiques, même des névroses traumatiques.

P. CARRETTE.

Troubles de la conscience consécutifs aux traumatismes crâniens. Observations sur les boxeurs (Disturbances of Consciousness after Head Injuries. Observations on Boxers), par E. GUTTMANN et C.-E. WINTERSTEIN. *The Journal of Mental Science*. T. LXXXIV, n° 349, p. 347-351, mars 1938.

Les chocs sur le crâne sans fracture provoquent la confusion des idées et la torpeur par des mécanismes variés : ébranlement moléculaire, troubles de la pression céphalo-rachidienne, perturbations vaso-motrices. Chez les boxeurs, en dehors des coups violents sur la tête, le choc à la pointe du menton est la cause habituelle de la perte de conscience par « knock-out ». Ce phénomène est considéré comme un réflexe vestibulaire. L'ébranlement labyrinthique détermine un vertige et un état de torpeur avec asthénie subite, de sorte que chez le sujet mis « knock-out debout », tout instinct de défense est annihilé et que les coups administrés immédiatement après ne paraissent pas être ressentis.

P. CARRETTE.

Etude clinique des états d'extase survenant au cours des désordres affectifs (A Clinical Study of States of « Ecstasy » occurring in Affective Disorders), par E.-W. ANDERSON. *Journal of Neurology and Psychiatry*. T. 1, n° 2, p. 80-99, avril 1938.

L'état affectif dans l'extase serait d'essence maniaque. L'humeur est optimiste et l'attitude hypertonique. L'impression de paix intérieure et d'harmonie s'accompagne généralement d'une réduction de l'activité motrice, mais il y a des formes agitées. D'autre part, l'extase se présente avec des variantes en rapport avec l'état mental sous-jacent : manifestation paranoïde, concentration psychique avec anesthésie qui tient de l'hystérie et s'oppose partiellement au syndrome maniaque. Enfin l'extase peut représenter la libération d'un état obsédant et servir d'accès à la schizophrénie.

P. CARRETTE.

Contribution au problème de l'hystérie chez l'enfant, par M^{me} Sophie. MORGENSTERN. Travail de la clinique de Neuro-psychiatrie infantile (service du Docteur Heuyer). *L'Evolution psychiatrique*, année 1937, fascicule III.

Après un bref historique de l'hystérie, l'auteur rappelle les diverses conceptions qu'en eurent Chareot, Freud, Babincki, et plus récemment

MM. Parcheminey (qui insista sur l'hystérie de conversion), Logre, Kretschmer, Cénac, Janet, Heuyer, ce dernier envisageant plus spécialement le problème chez l'enfant, soulignant sa rareté, ses conditions d'apparition (imitation, facteur affectif). Ces facteurs affectifs principaux sont pour l'auteur les complexes d'Édipe et de castration. Par un mécanisme de refoulement, apparaît la manifestation hystérique, symptôme somatique d'un conflit affectif, véritable hystérie de conversion. L'auteur donne ensuite des exemples de troubles hystériques, de la parole en particulier, la plupart ne pouvant être imputés, ni à l'imitation, ni à la suggestion. L'auteur conclut : que l'hystérie infantile ne diffère pas sensiblement de celle de l'adulte, que, pure, elle est rare ; qu'il existe une « complaisance somatique » préalable, qu'elle ne l'a pas observée chez les arriérés intellectuels, et enfin qu'elle provient d'un événement sexuel refoulé.

S. LECONTE-LORSIGNOL.

Contribution à l'étude des démences chez l'enfant (A propos d'un cas de démence infantile de Heller), par L. BOVER, de Lausanne. *Journal de Psychiatrie infantile*, VI, 2, 1938.

L'auteur rapporte un cas de démence infantile ayant débuté à l'âge de 3 ans 3 mois chez une fillette exempte de tares héréditaires. Le tableau clinique et évolutif correspond à celui de la démence infantile de Heller, mais l'apparition d'un syndrome épileptique au cours de l'évolution autorise le rapprochement avec la phrénasthénie aporético-aphasique tardive de Sante de Sanctis. Les deux affections ne sont peut-être pas aussi fondamentalement différentes que certains auteurs ont prétendu.

E. BAUER.

Onanisme infantile (Onanismo infantil), par Aquiles GAREISO et Alejandro J. PETRE. *Revista argentina de Neurología y Psiquiatría*. T. III, n° 2, p. 142-151, juin 1938.

Le problème de l'onanisme infantile vu par le médecin est avant tout clinique et thérapeutique. Aussi trouvons-nous dans l'article de MM. Gareiso et Petre peu de spéculations psychopathologiques. L'onanisme est chez l'enfant un symptôme extrêmement fréquent des névroses dégénératives, généralement associé à des troubles de la sphère génitale soit primitifs, soit secondaires (prurit, éruption, parasites). Il décèle parfois une excitation sexuelle et une précocité inquiétantes, comme en témoignent les crises psycho-motrices des filles et l'érection des garçons. Sauf dans les états démentiels comme la paralysie générale, l'idiotie ou la démence où l'onanisme sans frein peut entraîner des complications graves, il doit être considéré comme un signe de déséquilibre mental et non pas comme une cause de syndromes névropathiques.

P. CARRETTE.

L'examen des aliénés par les tests de niveau mental, par Th. SIMON. *Laboratoire et Psychiatrie*, nos 1 et 2, année 1937.

L'auteur reprend dans une série d'articles un travail annoncé dans une précédente communication à la Société Médico-Psychologique. Avant les tests proprement dits sont posées une série de questions dites couramment

d'identité et d'orientation. Les tests comprennent ensuite une série de neuf épreuves, qui sont groupées sur une feuille double.

L'auteur décrit ces neuf épreuves puis traite des déclarations à tirer de l'attitude générale, des notes à prendre, de la façon d'apprécier des réponses et de les analyser.

M. LECONTE.

PSYCHOLOGIE

La psychologie, science biologique, par le professeur H. PIÉRON (*Revista de Psihologie, Cluj*, janvier-mars 1939).

Les fonctions mentales ne peuvent pas plus s'abstraire et s'isoler que les fonctions circulatoires ou digestives. Si l'on a mis en évidence l'action de facteurs psychiques sur les processus physiologiques et même sur des réactions d'immunisation, il ne faut pas oublier, en sens inverse, l'étroite dépendance des processus psychiques vis-à-vis de l'état général de l'organisme et de ses équilibres fonctionnels. Il est impossible de comprendre une personne humaine sans l'envisager dans toute sa complexité bio-psychique.

Nos divisions des sciences sont artificielles. Si le stade actuel est celui de la psychophysiologie, le stade est proche de la psychologie simple forme de la biologie. Une science de l'esprit ne peut pas être différente de la science de la vie, et elle ne peut, en tout cas, pas être moins objective : « La psychologie occupe une place distincte dans la biologie, non pas tant d'ailleurs par son objet que par son langage, et il en est de même de la physiologie par rapport à la chimie, de la chimie par rapport à la physique ; car la diversité des sciences de la nature vient de la science plutôt que de la nature. »

L'unification n'est pas moins nécessaire sur le terrain des applications de la psychologie entre examens physiologiques et psychologiques arbitrairement séparés. La biotechnique constitue la science appliquée fondamentale à laquelle doit s'intégrer la psychotechnique.

Sans perdre de vue évidemment que les progrès de la science ne sont rendus possibles que par l'esprit d'analyse suivant les règles de la méthode expérimentale.

René CHARPENTIER.

Le domaine de la psychologie appliquée, par Nicolas MARGINEANU (*Revista de Psihologie, Cluj*, janvier-mars 1939).

Sous le nom de psychologie appliquée, il faut entendre l'application de principes et de méthodes de la psychologie à un domaine étranger à son champ propre de recherches.

La psychologie appliquée peut être théorique (psychologie de l'art, psychologie de la langue, psychologie appliquée à l'histoire et aux sciences sociales et économiques) ou pratique.

Le domaine de la psychologie appliquée pratique comprend : 1° les applications de la psychologie à l'organisation scientifique du travail dans l'industrie, le commerce, l'administration, les transports et communications, c'est-à-dire la psychologie économique (sélection professionnelle, orientation professionnelle, organisation scientifique de l'apprentissage, organisation scienti-

sifique du travail, organisation scientifique de l'entreprise, et organisation scientifique du marché); 2° la psychologie de l'éducation (l'efficacité des méthodes d'éducation, l'élève et son adaptation, la personnalité du professeur); 3° la psychologie médicale (application de principes et de méthodes psychologiques au diagnostic (par la connaissance de la personnalité, du tempérament, du caractère, du point de vue biotypologique), et à la thérapeutique des maladies mentales comme à la thérapeutique médicale); 4° la psychologie juridique (connaissance de la personnalité du délinquant ou du criminel au point de vue pénal, correction et rééducation); 5° la psychologie politique (étude des aptitudes des chefs et des moyens de propagande); 6° la psychologie militaire (sélection du personnel technique: aviateurs, etc.; méthodes d'entraînement et d'instruction militaire; organisation rationnelle de l'armée: technique militaire et administration).

René CHARPENTIER.

Contribution à une typologie, par Liviu RISU (*Revista de Psihologie*, Cluj, janvier-mars 1939).

Cet article est le résumé des recherches de l'auteur dans le domaine de la typologie artistique. Son critérium est celui de l'effort psychique nécessaire à maîtriser et à cristalliser en une synthèse supérieure les conflits de l'âme. Les conflits les moins intenses, qui réclament un effort moindre, aboutissent au type « sympathique ». Les conflits d'une plus grande intensité demandant un effort plus soutenu, souvent même exaspéré, aboutissent au type « démoniaque ».

Le premier a, vis-à-vis du monde, une attitude conciliante; il sympathise avec lui. D'où sa tendance vers l'harmonie, une harmonie facile, la grâce, la bonté, les aspects idéaux de la vie.

Tout au contraire, chez le démoniaque, domine la combativité. Il en est deux types: le type « démoniaque équilibré », qui arrive à dompter son démon intérieur, et le type « démoniaque anarchique », qui ne réussit pas, ou seulement temporairement, à le vaincre.

Intermédiaire au type sympathique et au type démoniaque anarchique, le type démoniaque équilibré arrive à s'accorder avec le monde en une vision énergique et positive. Il réalise son harmonie qu'il doit à tout instant conquérir. Le démoniaque anarchique tend toujours à imposer sa volonté et se révolte contre tout ordre établi en dehors de lui.

Si le type sympathique a surtout des tendances idéalistes, le type démoniaque équilibré aboutit généralement à des tendances réalistes, et les créations du type démoniaque anarchique sont marquées d'un certain mysticisme.

René CHARPENTIER.

L'activité des offices d'orientation professionnelle de Transylvanie, par Tudor ARCAN (*Revista de Psihologie*, Cluj, janvier-mars 1939).

Fondés en 1937, les offices d'orientation professionnelle de Transylvanie fonctionnent, depuis le 1^{er} février 1938, sous la direction de l'Institut psychotechnique de Cluj, dépendant depuis 1935 du Ministère du Travail. Au nombre de quatre, ils ont, en 1938, examiné 3.944 candidats (3.300 garçons et 644 filles). Chaque candidat était pourvu d'un dossier composé de 5 fiches (données sociales scolaires et économiques, fiche psychologique, fiche mor-

phologique et physiologique, fiche médicale, fiche de contrôle du candidat). L'orientation donnée par ces offices a été basée sur l'examen psychologique et médical de chaque candidat. On trouvera, représentés dans cet article en 9 tableaux, les résultats de ces examens après lesquels 76,22 0/0 des candidats ont pu être orientés vers la profession désirée, tandis que 23,78 0/0 étaient orientés vers une autre profession.

René CHARPENTIER.

La psychotechnique au service des chemins de fer. Ce que nous verrons à l'Exposition du Progrès Social de Lille (1939) (Les Archives de l'Oriental Professionnelle dans le Nord, janvier-mars 1939).

On trouvera ici la reproduction des très intéressants tableaux édités par les Chemins de fer français pour les examens psychotechniques, tableaux dus au Laboratoire de psychotechnique de la gare de La Chapelle et qui figureront à l'Exposition du Progrès Social, à Lille, Classe 9 : « Orientation et Sélection professionnelle (profils psycho-physiologiques, épreuve de sensibilité aux couleurs, résistance au désarroi au cours de l'épreuve d'attention vigilante, recherche de l'émotivité, application de la psycho-physiologie à la sélection des apprentis, etc.,).

René CHARPENTIER.

Les réflexes conditionnels et les phénomènes d'apprentissage chez les animaux, par G. de MONTPELLIER. Journal de Psychologie. XXXV^e année, p. 50-68, janvier-mars 1938.

Le dressage des animaux vérifie, au même titre que les réflexes conditionnels des expériences de Pavlov, un phénomène plus général connu sous le nom de *mémoire associative* ou intégration mnémonique. Toutefois l'apprentissage des animaux est plus complexe parce qu'il élabore et fixe une réaction entièrement nouvelle. Il nécessite une double liaison, une adaptation artificielle, imposée arbitrairement, à un excitant conditionné. Autrement dit dans le dressage il y a un réflexe conditionnel, plus un élément intermédiaire à caractère à la fois d'excitant et de réponse. Le phénomène d'*extinction expérimentale*, compliqué et déformé chez l'homme par les mécanismes d'abstraction, est net chez l'animal où il n'est pas une objection à la loi de l'exercice, mais un phénomène de substitution d'un second conditionnement à un premier.

P. CARRUTTE.

NEUROLOGIE

Périartérite noueuse. Etude clinique et pathologique avec examen spécial du système nerveux (Periarteritis Nodosa. A Clinicopathologic Study with Special Reference to the Nervous System), par James W. KERNOHAN et Henry W. WOLTMAN. Archives of Neurology and Psychiatry. T. XXXIX, n° 4, p. 655-686, avril 1938.

Les cinq observations avec autopsie présentées par MM. Kernohan et Woltman montrent des syndromes toxi-infectieux neuro-psychiatriques évoluant chez des sujets atteints de séquelles d'infections chroniques. L'évolution intermittente est très particulière. La dégénérescence des élé-

ments nerveux à tous les étages est surtout sensible au niveau des fibres. Elle apparaît comme une manifestation secondaire à des lésions des artères nourricières du système nerveux, des nerfs périphériques principalement, envahies par un processus inflammatoire de périartérite avec tendance à l'occlusion et aux infarctus.

P. CARRETTE.

L'apoplexie hypertensive et ses causes (hypersensitive Apoplexy and its Causation), par W.-H. CHASE. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXXVIII, n° 6, p. 1176-1189, décembre 1937.

L'opinion classique a longtemps considéré l'augmentation de pression sanguine comme la conséquence de l'artério-sclérose jusqu'au jour où l'hypertension a été observée en dehors de toute sclérose vasculaire appréciable. Dix-huit cas d'hypertension et d'hémorragie cérébrales sont rapportés par M. Chase, provoqués par l'hyperirritabilité et l'augmentation du tonus neuro-vasculaire avec hypertrophie des parois musculaires artérielles. Ces états physiopathiques favorisent la diapedèse des territoires vasculaires terminaux. Quand l'hypertension s'effectue par poussées, elle peut déterminer des hémorragies pétéchiales. La théorie de l'irritation neuro-vasculaire explique seule la fréquence des apoplexies bilatérales symétriques du cerveau.

P. CARRETTE.

Des hématomes sous-duraux, par RISER, DUCUNG et GÉRAUX. *Revue neurologique*. T. LXIX, n° 5, p. 471-476, mai 1938.

L'évolution et le pronostic des hématomes cérébraux sont sérieusement influencés par l'état vasculaire des sujets victimes de traumatismes crâniens, soit que des lésions antérieures latentes aient fragilisé la zone atteinte, soit que la prédisposition doive être invoquée. Dans le cas présent, il s'agit d'un trauma violent, sans autre fracture que celle du nez, avec hypertension intra-cranienne après un mois d'évolution muette. La mort survient à la suite d'une ponction lombaire. L'autopsie révèle, à côté du double hématome comprimant les hémisphères, des lésions vasculaires diffuses, notamment dans le tronc cérébral.

P. CARRETTE.

Facteurs du pronostic des hémorragies subarachnoïdiennes spontanées (Prognostic Factors in Spontaneous Subarachnoid Hemorrhage), par Israel STRAUSS et Sidney TARACHOW. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXXVIII, n° 2, p. 23-2589, août 1937.

Les hémorragies subarachnoïdiennes sont symptomatiques des maladies vasculaires cardio-rénales, des tumeurs du cerveau, de l'endocardite bactérienne subaiguë, du purpura, de la polycythémie, de la maladie de Hodgkin, de la leucémie myéloïde. Ces affections précisent assez leur pronostic. D'une manière plus générale, on peut dire que celui-ci est grave quand le patient présente une maladie vasculaire généralisée, quand il est plus âgé. Les accidents hémorragiques des sujets jeunes sont souvent symptomatiques d'anévrysmes congénitaux ; leur pronostic immédiat est favorable ; ils ont une tendance habituelle à la récurrence.

P. CARRETTE.

Accès cataplectiques sous-corticaux, par J. ROTHFELD (de LWOW). *Revue neurologique*. T. LXX, n° 4, p. 318-331, octobre 1933.

M. Rothfeld envisage, non pas une lésion déterminée, mais un trouble fonctionnel des systèmes sous-corticaux et des centres végétatifs dont les manifestations cliniques se groupent autour de la narcolepsie. Il présente des cas intermédiaires rappelant, et la paralysie paroxysmale, et la cataplexie parhypnotique. La première est plus durable, épargne les nerfs crâniens, ne provoque ni douleurs, ni angoisse, se termine par une céphalée. La seconde est brève, nocturne, complète, supprimée par un stimulant sensitif, accompagnée de crainte. Il est admis que tous ces cas expriment une perturbation des centres supérieurs végétatifs, réglant notamment le tonus musculaire, mais on ne sait actuellement s'il s'agit de systèmes, de mécanismes différents ou identiques.

P. CARRETTE.

Poikilothermie avec lésions hypothalamiques (Poikilothermia with Hypothalamic Lesions), par Charles DAVISON et Emanuel D. FRIEDMAN. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXXVIII, n° 6, p. 1271-1281, décembre 1937.

Les constantes fluctuations thermiques observées chez le malade de MM. Davison et Friedman paraissent liées à une lésion hypothalamique, intéressant particulièrement le groupe des noyaux intermédiaires. Les poussées d'hyper et d'hypothermie sont influencées par la température environnante. L'hydrocéphalie interne ne ferait qu'accentuer la compression sur les régions nucléaires moyennes hypothalamiques, dont l'influence sur la régulation thermique est nettement mise en évidence.

P. CARRETTE.

Contribution à l'étude diagnostique des encéphalites pseudo-tumorales, par MM. Henri ROGER, Marcel ARNAUD et Jean L. PAILLAS (de Marseille). *La Presse médicale*, 1^{er} avril 1939.

A côté des leuco-encéphalites mortelles, dont la forme de Balo est le type, il faut grouper des formes régressives, de pronostic meilleur et d'étiologie imprécise. Ces encéphalites se caractérisent par un groupement symptomatique spécial, triade clinique (séméiologie diffuse ou en foyer faisant préjuger d'une hypertension intra-crânienne et d'une atteinte parenchymateuse), ophtalmologique (œdème papillaire avec baisse considérable de l'acuité visuelle, modification anormale du champ visuel, sans hypertension artérielle rétinienne), et ventriculographique (petits ventricules en position normale ou déplacés en totalité).

Mortel pour les leuco-encéphalites, le pronostic est favorable pour les formes régressives, qui sont les plus fréquentes mais dans lesquelles il faut prévoir la possibilité de rechutes. En plus de la thérapeutique anti-infectieuse précoce, intense, prolongée, l'insufflation gazeuse endocrânienne aidera à la guérison. Une craniotomie exploratrice aura parfois aussi, une efficacité décompressive.

René CHARPENTIER.

A propos des pseudo-tumeurs cérébrales et de leurs manifestations oculaires, par Th. de MARTEL et J. GUILLAUME. *Revue médicale française*, n° 2, p. 115-119, février 1938.

Ces syndromes à manifestations générales et surtout oculaires qualifiés de « pseudo-tumeurs » ne peuvent être diagnostiqués qu'avec le secours de la ventriculographie. Ils comprennent des processus infectieux et des états diathésiques ou vasculaires. L'examen révèle une hypertension artérielle et une hypertension intracrânienne constatée à l'ophtalmoscope. Ces deux symptômes sont alors révélateurs d'une méningite, d'une néphrite hypertensive, d'une artério-sclérose.

P. CARRETTE.

Sur quelques tumeurs de la ligne médiane du cerveau (Sobre algunos tumores de la linea media del cerebro), par Julio L. HANON. *Archivos argentinos de Neurologia*. T. XVIII, n° 1-6, p. 10-97, janvier-juin 1938.

Les tumeurs médianes intra-crâniennes peuvent faire l'objet d'une étude d'ensemble à cause de leur particularité topographique. L'absence de signes pyramidaux et d'hypertension précoce, la discrétion ou l'imprévu de l'évolution clinique imposent la recherche d'un certain nombre de manifestations révélatrices qui sortent du cadre habituel des tumeurs cérébrales. M. Hanon étudie successivement : 1° les méningiomes de la fosse olfactive signalés par l'anosmie et la céphalée antérieure avec signes ophtalmiques secondaires et troubles mentaux ; 2° les méningiomes suprasellaires à répercussions chiasmatiques et infundibulo-hypophysaires, parfois diagnostiqués grâce à la radiographie et à la ventriculographie ; 3° les gliomes du chiasma avec leur atrophie optique particulière ; 4° les gliomes du septum lucidum, diagnostic ignoré avant la ventriculographie ; 5° les tumeurs du corps calleux avec leurs troubles moteurs de coordination et leur syndrome psychique ; 6° les tumeurs hypophysaires ; 7° les tumeurs du troisième ventricule ; 8° les anévrismes des artères cérébrales, congénitales ou syphilitiques, avec les accidents hémorragiques fréquents ; 9° les tumeurs de la glande pinéale englobant le syndrome oculaire des tubercules quadrijumeaux et des voies optiques tributaires. Les documents cliniques et bibliographiques complètent les descriptions, illustrées d'excellents clichés radiographiques et anatomiques.

P. CAPRETTE.

Les tumeurs perlées du névraxe, par Harden ASKENASY. Travail du service neuro-chirurgical du Dr Clovis VINCENT. *Encéphale*, 1938, t. 1, p. 209-238 (avec trois planches hors-texte).

Les tumeurs perlées du névraxe sont très rares. Leur fréquence s'établit à moins de 0,4 % des tumeurs intracrâniennes. Leur point de départ se fait en général au niveau de l'apophyse basilaire, d'où elles s'étendent, suivant les cas, soit à l'angle ponto-cérébelleux, soit à la fosse temporale, soit à la fente de Bichat, soit à la région sellaire.

Au point de vue histologique, ces formations ont été longtemps désignées sous le nom impropre de cholestéatomes. Cette dénomination semble impli-

quer une conception histogénique qui ne cadre plus avec les idées actuelles. Le terme de tumeur perlée (Cruveilhier), qui est purement descriptif, semble infiniment préférable. D'un point de vue plus précis, les tumeurs perlées rentrent dans le cadre des kystes congénitaux et méritent le nom de kystes épidermiques à cholestérine.

Au point de vue microscopique, les tumeurs perlées présentent sur les préparations, de la périphérie au centre, successivement : I. Une condensation du tissu nerveux avec prolifération de la névroglie ; II. La paroi proprement dite du kyste, formée elle-même d'une couche conjonctive épithélium stratifié du type ectodermique ; III. Le contenu du kyste, constitué par une substance lipode se colorant en rouge par le Soudan III.

Cliniquement, les tumeurs perlées ont comme caractéristiques leur évolution très lente et la pauvreté des signes de localisation.

La thérapeutique de ces formations est essentiellement chirurgicale. Le pronostic opératoire sera fonction du siège et de l'étendue de la tumeur. Plus encore que dans toute tumeur, on devra redouter les accidents de décompression postopératoires. Bibliographie.

Pierre MASQUIN.

Diagnostic iodoventriculographique des affections chirurgicales de la fosse postérieure (Diagnostico yodoventriculográfico de las afecciones quirúrgicas de la fosa posterior), par Ramón CARRILLO. *Archivos argentinos de Neurologia*. T. XVII, n° 1-6, p. 57-690, juillet à décembre 1937.

Les fondements de la ventriculographie sont présentés dans leur suite historique par M. Carrillo avec la critique et les raisons d'adopter le procédé de l'huile iodée. C'est la première partie du travail. Dans une deuxième partie, la sémiologie est exposée. Enfin, la troisième est une étude de la pathologie chirurgicale de la fosse cérébrale postérieure, dans laquelle le diagnostic ventriculographique est établi avec tous les développements utiles.

La ventriculographie avec l'air, le thorotrast auraient une valeur moindre que le lipiodol. Et à intérêt égal, ce dernier doit être choisi comme présentant le danger minimum. L'auteur recommande la tomographie, encore nommée la planigraphie ou radiotomie, qui permet d'obtenir à volonté des vues en coupe par déplacement combiné de l'appareil et de l'écran. La tomographie montre des détails impossibles à déceler par une radiographie ordinaire. Quand elle est négative, on conçoit qu'elle permet une affirmation catégorique importante dans les problèmes de commotions cérébrales.

Les tumeurs postérieures offrent à l'examen direct de grosses difficultés. La ventriculographie par l'huile iodée localise mieux les tumeurs et sanctionne le diagnostic différentiel. Pour l'état des ventricules, elle fournit non seulement les limites, mais l'état dynamique, la nature des bloquages, points capitaux du diagnostic opératoire. Ce travail est certainement le plus considérable qui ait été tenté sur le problème du diagnostic positif des tumeurs cérébrales postérieures par l'amplitude des expériences, le nombre des cas, les discussions théoriques, la valeur des documents photographiques.

P. CARRETTE.

Tumeur de l'angle ponto-cérébelleux (Tumor del ángulo ponto-cerebeloso), par Manuel GUEVARA OROPESA. *Archivos de Neurologia y Psiquiatria de México*. T. 1, n° 6, p. 369-377, mai 1938.

Le diagnostic pré-opératoire était celui de neurinome de l'acoustique. L'ouverture du crâne montre un kyste hydatique s'étendant de l'hémisphère cérébelleux au conduit auditif. La mort survenant trois jours plus tard permet la découverte d'un autre kyste infecté bulbo-protubérantiel avec une méningite ancienne, cliniquement muette, soupçonnée par une réaction cytologique du liquide céphalo-rachidien. L'auteur conclut qu'on méconnaît trop souvent l'importance des circonstances de la vie du malade. Leur recherche eût permis de soupçonner la cysticercose et de faire pratiquer les examens du sang indispensables.

P. CARRETTE.

Dystonie musculaire de torsion (Dystonia Musculorum Deformans), par Charles DAVISON et S. Philip GOODHART. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXXIX, n° 5, p. 939-972, mai 1938.

Nous devons à MM. Davison et Goodhart quatre observations complètes de spasme de torsion avec une revue critique et des documents photographiques. Le choix des quatre cas est judicieux : l'un pose d'abord le diagnostic d'hystérie ; deux autres sont à différencier de l'hémiballisme ; deux cas s'accompagnent de troubles végétatifs importants avec lésions des noyaux hypothalamiques. L'état marbré et la dysmyélinisation dominant trois fois : le dernier cas représente un cas d'état fibreux. Chaque observation offre des particularités histologiques intéressantes, toutefois les lésions fondamentales sont si nettes que les auteurs n'hésitent pas à considérer la dystonie de torsion comme une entité morbide définie dans le groupe des syndromes extrapyramidaux, — différente de la dégénérescence hépato-lenticulaire ou de la chorée par exemple —, caractérisée par une altération cellulaire ischémique du striatum (putamen et noyau candé) et des noyaux dentelés dont le rôle dans les états hypertoniques apparaît clairement à la lumière des travaux récents.

P. CARRETTE.

Réflexions à propos d'un cas de myoclonies vélo-palatines consécutives à une lésion cérébelleuse droite avec hypertrophie des cellules nerveuses de l'olive bulbaire gauche, par J. NICOLESCO, O. SAGER et Th. HORNET. *Revue neurologique*. T. LXX ; n° 4, p. 301-317, octobre 1938.

La dégénérescence hypertrophique des neurones olivaires par altération du faisceau central de la calotte a été signalée dans des cas de myoclonies vélo-palatines. Les auteurs apportent une observation où l'atteinte olivaire et le trouble clinique sont liés à une lésion cérébelleuse du côté opposé, intéressant le noyau dentelé et les fibres venant de l'olive bulbaire. Cette contribution nouvelle renforce l'opinion que le système cérébello-olivaire joue un rôle important dans la synergie posturale. Dans les altérations des voies extrapyramidales, le tremblement intentionnel signifierait un trouble de l'arc efférent, tandis que les myoclonies représenteraient une perturbation d'un segment du système afférent.

P. CARRETTE.

Forme de transition entre la maladie de Friedreich et l'héréd-ataxie cérébelleuse (Forma de transição entre a doença de Friedreich e Heredo-Ataxia cerebellar), par Armando VALENTE. *Revista de Neurologia e Psiquiatria de São Paulo*. T. IV, n° 2, p. 63-75, avril-juin 1938.

La question des rapports entre la maladie de Friedreich et l'héréd-ataxie cérébelleuse reste discutée. M. Valente estime que la conception uniciste gagnera à découvrir des documents sur les formes cliniques intermédiaires. Il publie deux cas d'ataxie chez des sujets présentant de la dysmétrie, de l'asynergie, de l'adiadococinésie. L'un des malades est atteint de malformation du cœur.

P. CARRETTE.

Maladie de Little et syphilis héréditaire, par L. BABONNEIX (*Le Monde Médical*, 1^{er} Janvier 1939).

La maladie de Little peut parfois être due au tréponème et il convient de rechercher systématiquement la syphilis chez le malade et dans son entourage. On pourra ainsi instituer à temps le traitement spécifique, soit chez la mère, en cas de nouvelle grossesse, soit chez les frères et sœurs, si l'on dépiste chez eux quelque symptôme suspect ou si leurs réactions sérologiques sont douteuses, soit, même, chez le principal intéressé : la nosologie nous enseigne que la syphilis procède par poussées évolutives et qu'elle peut ne pas localiser ses coups au système nerveux. Inutile d'ajouter que ce traitement ne prendra toute son efficacité que si on prescrit en même temps les thérapeutiques classiques : administration de calmants du système nerveux, interventions chirurgicales, port d'appareils orthopédiques.

R. C.

Comment se transmet la paralysie infantile, par L. BABONNEIX (*Gazette des Hôpitaux*, 3 décembre 1938).

On admet aujourd'hui deux grands modes de contagion que l'épidémie de 1930, en Alsace, a permis d'étudier : la contagion interhumaine, déjà soutenue par Wichman, Wetter, mais dont la filiation n'est pas toujours mise en évidence facilement ; la transmission hydrique, incriminée par Kling, et qui met en cause l'eau d'alimentation, considérant la voie digestive comme la porte d'entrée de l'infection. M. Babonneix rapporte ici, sur 140 observations personnelles, celles dont l'étiologie présente un intérêt particulier. Il cite aussi des cas sporadiques, desquels il est bien difficile d'indiquer l'étiologie.

R. C.

Technique et théorie de la restauration musculaire dans la poliomyélite antérieure (Technique and Theory of restoration of Muscle in Anterior Poliomyelitis), par LE ROY A. LUCE. *Medical Record*, 20 avril-15 juin 1938.

La poliomyélite antérieure est une maladie des cellules nerveuses et le traitement rationnel doit être neurologique et non orthopédique. La loi de réciprocité réflexe est à la base de la restauration musculaire et de la réadaptation cellulaire. La stimulation électrique s'opère directement sur les éléments moteurs et par l'intermédiaire du système sympathique afférent pour les troubles sensitifs. Le traitement est complété par l'hormone corticale et l'adrénaline, par le calcium qui agissent sur les métabolismes troublés et sur la circulation.

P. CARRETTE.

Névraxite à localisation élective dans les centres végétatifs de la moëlle (Neuro-Axitis localizada preferentemente en los Centros Vegetativos de la Medula), par Max GONZALES OLAECHEA. *Revista de Neuro-Psiquiatria*. T. 1, n° 1, p. 1-18, Lima, mars 1938.

Cas curieux d'encéphalite, surtout caractérisée par la fièvre et la confusion avec torpeur associée à des manifestations trophiques attribuées à une altération des centres médullaires végétatifs. Elles consistent essentiellement en des lésions cutanées douloureuses à topographie radiculaire, aboutissant à la nécrose. La cicatrisation finale défectueuse a laissé des troubles sensitifs du type syringomyélique.

P. CARRETTE.

Nouvelle observation anatomo-clinique de sclérose en plaques aiguë, par RISER et GÉRAUD. *Revue neurologique*. T. LXIX, n° 4, p. 348-361, avril 1938.

Evolution en 49 jours d'un syndrome cérébello-pyramidal terminé par une atteinte bulbaire. Allure inflammatoire indéniable. A côté des lésions de sclérose en plaques : lésions des bandelettes optiques et du chiasma, atteinte des éléments cellulaires ganglionnaires généralisée, importante hyperplasie vasculaire. L'étendue des lésions en dehors des plaques permet de supposer que celles-ci ne sont que l'expression d'une dégénérescence terminale.

P. CARRETTE.

La sclérose en plaques aiguë, par le Professeur RISER, Jean GÉRAUD et Simone LAVITRY, (de Toulouse). (*La Presse Médicale*, 3 août 1938).

D'allure indiscutablement infectieuse, la forme aiguë de la sclérose en plaques se caractérise par la rapidité avec laquelle se constitue le tableau clinique l'atteinte bulbaire et mésocéphalique, les signes généraux (la fièvre en particulier), les réactions inflammatoires du liquide céphalo-rachidien. Elle présente le même aspect anatomique que la forme commune, mais avec quelques caractères spéciaux, de type inflammatoire. C'est une forme clinique spéciale de la sclérose en plaques habituelle.

Les auteurs concluent à la nature infectieuse et spécifique de la sclérose en plaques. Tous les intermédiaires existent entre la forme commune chronique subaiguë lentement progressive, les formes subaiguës à poussées progressives et les formes aiguës de la maladie. La forme aiguë, ayant une allure infectieuse indéniable, apporte à cette thèse des appoints cliniques, anatomiques et humoraux.

René CHARPENTIER.

De la sclérose en plaques chez l'enfant, par L. RIMBAUD, RISER et GÉRAUD. *Revue neurologique*. T. LXIX, n° 5, p. 477-481, mai 1938.

Les auteurs présentent trois cas de sclérose en plaques chez des enfants : syndrome classique survenu à la suite d'un épisode fébrile, évolution par poussées, phénomènes cérébelleux intenses, troubles psychiques, troubles du sommeil. Les cas sont à rapprocher, par leur allure clinique, de la maladie de Friedreich et de l'hérédo-ataxie de Pierre Marie.

P. CARRETTE.

Forme pseudo-myélitique des tumeurs médullaires, par MM. CREYX, MASSIÈRE, PAULY, et MORETTI. *Journal de médecine de Bordeaux*, n° 3, p. 41, 21 janvier 1939.

Les auteurs rapportent sous ce titre une observation anatomo-clinique rare de gliomatose intra et extra-médullaire ayant évolué sous le masque d'une myélite transverse subaiguë. L'histoire pathologique était des plus trompeuses : il s'agissait d'une paraplégie sensitivo-motrice avec troubles sphinctériens et trophiques, installée en quelques jours sans prodromes chez une jeune femme dépourvue de tout antécédent morbide ; hyperthermie légère, absence de blocage et de dissociation albumino-cytologique. De nouveaux examens biologiques pratiqués après quelques semaines révèlent des modifications légitimement attribuées à une arachnoïdite secondaire : arrêt complet du lipiodol au niveau de D 8 ; altérations tardives du liquide céphalo-rachidien.

La mort survient eu quatre mois.

L'examen anatomo-pathologique révèle une virole périmédullaire étendue sur plusieurs centimètres, constituée par des cellules allongées, affectant avec prédilection la disposition en rosettes et évoquant le diagnostic histologique d'épendymome ; il existe également une infiltration intramédullaire des cellules néoplasiques et des dégénérescences importantes des faisceaux myéliniques.

Cette belle observation anatomo-clinique, illustrée de nombreuses microphotographies, met en évidence l'aspect pseudo-myélitique de certaines tumeurs médullaires.

BERGOUIGNAN.

Myélopathies et radiculites à forme gastro-intestinale (à propos de deux erreurs de diagnostic), par Marcel FAURE-BEAULIEU et Germaine KOHN-ENRIQUEZ. *Le Monde médical*, n° 914, p. 464-469, 1 avril 1938.

La symptomatologie à prédominance gastro-intestinale des affections radiculo-médullaires est peu connue. Elle provoque dans les deux cas rapportés une erreur durable du diagnostic et du traitement. Dans le premier, une syphilis médullaire dorsale est considérée comme un ulcère gastro-duodénal, dans le second, l'entéro-colite masque un mal de Pott lombaire.

P. GARRETTE.

Sur un cas de myasthénie grave. Considérations générales sur les myopathies (Sobre un caso de miastenia gravis. Consideraciones generales sobre las miopatías), par Luis D. ESPERZO. *Revista de Neuro-psiquiatria*. T. 1, n° 2, p. 109-134, Lima, juin 1938.

Les preuves se multiplient des perturbations biochimiques à l'origine des myopathies. Les troubles du métabolisme de la créatine et de la créatinine, le défaut d'utilisation de l'acide lactique et de l'acide phosphorique sont observés dans les altérations de la contractibilité musculaire. La réaction thérapeutique a été obtenue avec la prostigmine qui tend à restaurer l'activité myo-neurale, avec l'acétylcholine qui renforce le tonus vasculaire. Enfin les troubles du métabolisme du potassium ont été notés dans la myasthénie. L'administration de chlorure de potassium est d'autant plus indiquée qu'elle stimule l'action de l'acétylcholine.

P. GARRETTE.

Les tumeurs nerveuses du cou, par Etienne CORTILLET (d'Alger) (*La Gazette des Hôpitaux*, 27 février 1939).

Ces tumeurs sont rares et peuvent se rencontrer à tout âge. Elles comprennent des tumeurs des nerfs périphériques et des tumeurs du sympathique (sympathome embryonnaire ou sympathohlastome = tumeurs très malignes, infiltrantes ; ganglioneurome = tumeurs bénignes) siégeant dans les régions prévertébrales du cou. Neurofibromes et ganglioneuromes se développent lentement, tandis que les sympathomes embryonnaires se caractérisent par leur apparition dès le jeune âge, leur accroissement rapide, leur allure maligne et leur pronostic sombre. Le diagnostic est fait, en général, tardivement, parfois même seulement en cours d'intervention. Le seul traitement est le traitement chirurgical, les difficultés opératoires, lorsqu'il y en a, tenant au siège (base du crâne, base du cou) de la tumeur. Le pronostic opératoire, généralement bon, peut être assombri par des signes d'interruption nerveuse (tumeur du vague et du grand hypoglosse).

René CHARPENTIER.

Chorée de Huntington et méningo-encéphalite syphilitique (Huntington's Chorea and Luetic Meningo Encephalitis), par Théodore T. STONE et E.-I. FALSTEIN. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. T. LXXXVII, n° 4, p. 450-453, avril 1938.

Le protocole d'autopsie est celui d'une méningo-encéphalite diffuse avec grosses altérations du cervelet et des noyaux gris centraux. Le diagnostic clinique était celui de chorée d'Huntington avec prédisposition héréditaire. Des cas analogues ont été cités dans la littérature médicale. A côté des erreurs de diagnostic, il existe des cas évidents d'association de chorée chronique et de syphilis cérébro-spinale.

P. CARRETTE.

La place de la méningite dans les manifestations nerveuses des brucelloses, par V. de LAVERGNE et H. ACCOYER. *Le Progrès médical*, n° 14, p. 485-486, 2 avril 1938.

La constance de la réaction méningée dans les névrites méritococciques est l'expression d'un méningotropisme primitif qui serait à l'origine des compressions et des altérations nerveuses et vasculaires.

P. CARRETTE.

Les méningites séreuses, par M. MOLHANT. *Revue neurologique*. T. LXIX, n° 4, p. 329-347, avril 1938.

Les réactions méningées sans modification appréciable du liquide céphalo-rachidien se divisent en : 1. Méningites séreuses localisées, séquelles d'une inflammation cérébrale, complexe organo-fonctionnel relevant de l'hyper-allerginothérapie transcutanée bacillaire ; 2. Méningites cérébrales généralisées ; elles sont d'origine toxique et cèdent à l'administration des solutions glucosées hypertoniques, ou de sensibilisation aux poisons et aux infections ; leur type est la méningite séreuse tuberculeuse.

P. CARRETTE.

Monoplégies et paralysies dissociées de type périphérique, d'origine corticale, par O. CROUZON et Jean CHRISTOPHE. *Le Monde médical*, n° 917, p. 553-563, 15 mai 1938.

Les lésions limitées du cortex cérébral produisent parfois des monoplégies, des paralysies partielles d'un segment de membre ou d'un groupe musculaire qui en imposent pour une atteinte tronculaire ou radiculaire. La pathologie de guerre, l'étude plus approfondie des tumeurs cérébrales ont précisé la sémiologie de ces syndromes, attribués autrefois presque exclusivement à des troubles vasculaires. Les auteurs fournissent leur contribution personnelle à la question en rapportant deux observations nouvelles qui illustrent leur essai de diagnostic différentiel.

P. CARRETTE.

La paralysie faciale « a frigore », par J.-A. CHAVANY. *Le Progrès médical*, n° 15, p. 537, 9 avril 1938.

Le facial est le nerf le plus vulnérable, le plus fragile. Sa paralysie dite « a frigore », d'origine superficielle, est pour M. Chavany un accident phlegmasique : inflammation du nerf ou du noyau par un virus, compression par ostéo-périostite du rocher ou trouble vaso-moteur. Les injections de cyanure de mercure et d'acétylcholine sont efficaces au début. Au fur et à mesure de l'évolution, il faut s'adresser à la radiothérapie semi-pénétrante, à la galvanisation, à l'ionisation iodo-iodurée et enfin à la faradisation.

P. CARRETTE.

Troubles fonctionnels acoustiques et vestibulaires après trigéminotomie temporale rétroganglionnaire (Acoustic and Vestibular Function Disturbances after Temporal Retroganglionic Trigemintomy), par Dida DEDERDING et Erik JERLAND. *Acta psychiatrica et neurologica*. T. XIII, fasc. 3, p. 219-226, 1938.

Les troubles sensitivo-moteurs consécutifs à la trigéminotomie sont connus, tandis que les manifestations acoustiques restent généralement négligées. Les auteurs signalent un certain nombre de cas où les troubles auditifs et labyrinthiques paraissent liés à des altérations de l'innervation vasculaire. L'absence d'autres signes intracrâniens indique que le plexus carotidien est épargné. Les connexions de l'oreille moyenne avec le labyrinthe ont partiellement un parcours à type chiasmatique comme le prouve la régulation bilatérale, congestive et sécrétoire, des deux labyrinthes.

P. CARRETTE.

Hémianopsie double et cécité corticale, par F. TERRIEN. *Le Progrès médical*, n° 16, p. 575-580, 16 avril 1938.

Le diagnostic d'hémianopsie pose immédiatement un problème de localisation lésionnelle sur les voies optiques. Si cette hémianopsie est homonyme, elle intéresse les voies profondes, rétro-chiasmatiques et si elle est corticale, elle apparaît comme une séquelle d'amaurose au cours d'une tumeur, d'une hémorragie de la calcarine ou d'un ramollissement cérébral.

P. CARRETTE.

La pupille, par P. BAILLIART. *Archives internationales de Neurologie*, mars-avril-mai 1928.

Cette étude intéresse le physiologiste, le neurologue, l'ophtalmologiste.

A l'état normal, l'auteur en rappelle les dimensions suivant les circonstances (veille, sommeil), l'âge, puis cite les multiples causes d'inégalité pupillaire, et enfin étudie l'hippus pupillaire, physiologique. Il résume les notions connues sur les muscles pupillaires (sphincter et dilatateur, de connaissance plus récente) ; sur l'innervation complexe des muscles de l'iris, il montre l'existence de centres autonomes intraoculaires permettant la contraction pupillaire même après énucléation ; rappelle le siège des centres diencephaliques.

A l'état pathologique l'étude de la pupille est précieuse. L'auteur indique les conditions nécessaires pour pratiquer un bon examen pupillaire, puis il rappelle les réactions réflexes normales de la pupille : à la douleur, aux excitations sensorielles, psychiques, aux mouvements de latéralité, à l'occlusion des paupières. Les principaux troubles des réflexes sont : le signe d'Argyll-Robertson (dont il relate les différentes explications données, comme de celui du signe d'Argyll-Robertson inversé), et la pupille tonique d'Adie, encore imparfaitement connue. Enfin il explique les différents troubles des réflexes observés suivant le siège anatomique de la lésion. L'auteur termine par l'action des collyres, distinguant les excitants et paralysants du sympathique et du para-sympathique, en excluant la cocaïne, qui n'est qu'un sensibilisant à l'adrénaline. La dilatation paradoxale à l'adrénaline après section du sympathique est expliquée par la libération des centres autonomes.

En conclusion, la pupille est d'une étude précieuse dans les troubles sympathiques.

M. LECONTE.

Etude sur la tuberculose du système nerveux (Estudio sobre la tuberculosis del sistema nervioso), par G. STRACCO et J. ARGEMI LLOVERAS. *Archivos argentinos de Neurologia*. T. XVII, n° 1-6, p. 98-141, janvier-juin 1938.

Cette étude porte principalement sur les moyens de propagation de l'infection tuberculeuse. Les régions externes méningées communiquent par le liquide céphalo-rachidien avec la circulation sanguine, tandis que les tissus nerveux profonds s'altèrent par un processus sanguin plus direct. Toutefois les espaces méningés sont plus ou moins perméables. Dans la moelle c'est l'espace postérieur qui est le plus développé. Dans le crâne les processus infectieux localisés subissent la loi anatomique de constitution des espaces sous-arachnoïdiens et des citernes. Du point de vue histologique, il existe une méningite banale d'origine tuberculeuse, une méningo-encéphalomyélite marginale ou méningite tuberculeuse vraie, et des variétés à prédominance méningée ou nerveuse. Des recherches à différents stades montrent le mode d'invasion dans les sillons, la formation de l'épendymite, de l'endartérite proliférante et oblitérante, l'origine des cellules géantes, la migration des éléments gliaux.

P. CARRETTE.

Les crises convulsives de l'anémie aiguë post-hémorragique, par P. LAGÈZE. *Le Progrès médical*, n° 21, p. 749-750, 21 mai 1938.

Les accidents nerveux consécutifs aux hémorragies abondantes sont nombreux. L'amaurose, les paralysies ont été fréquemment signalées. Les crises comitiales généralisées sont beaucoup plus rares. Sans doute se produisent-elles dans les cas où le terrain nerveux ou hépatique y prédispose. Le fait de l'ischémie paraît cependant jouer le rôle essentiel, comme le démontre l'arrêt définitif des crises convulsives après transfusion.

P. CARRETTE.

Sur les complications nerveuses au cours de la maladie de Nicolas-Favre, par LÉVY-VALENSI et S. de SÈZE (*La Presse Médicale*, 19 avril 1939).

A propos d'un cas de myélite avec forte augmentation de l'albuminose rachidienne et présence de *Proteus vulgaris* dans le liquide céphalo-rachidien au cours d'une maladie de Nicolas-Favre, MM. Lévy-Valensi et S. de Sèze mettent en lumière les manifestations nerveuses observées au cours de cette affection.

Ces manifestations vont de réactions très bénignes, telles que la céphalée, les algies diverses d'origine radiculo-névritique ou méningée aux accidents sévères tels que méningo-myélite avec paraplégie, crises convulsives, méningo-encéphalite aiguë mortelle, véritables complications nerveuses de la maladie de Nicolas-Favre.

En rapprochant ces données cliniques de celles fournies par l'expérimentation et la biologie, on est conduit à penser que le virus de cette affection peut, dans certaines conditions, acquérir un pouvoir neurotrope et jouer un rôle direct dans la genèse de certaines de ces complications nerveuses.

La découverte d'un microbe d'infection secondaire (tel le *Proteus vulgaris*) dans le liquide céphalo-rachidien, n'exclut pas le rôle du virus spécifique de la maladie dans la localisation nerveuse, mais permet d'envisager l'hypothèse d'une exaltation du pouvoir neurotrope de ce virus sous l'influence de certaines associations microbiennes.

René CHARPENTIER.

ANATOMIE

Du rôle et des limites des recherches histopathologiques en médecine et en biologie, par J. BABLET, Chef de Service à l'Institut Pasteur (*Biologie Médicale*, mai 1939).

L'étude des formes est inséparable de celle des phénomènes de la vie dont elle fixe de façon méthodique les aspects divers et successifs. La physiologie expérimentale doit avoir constamment recours aux contrôles anatomique et histologique. Si certains troubles fonctionnels manquent encore de substratum anatomique connu, on ne peut en conclure que cette altération matérielle n'existe pas. Peut-être ne savons-nous pas encore la mettre en évidence ?

Cependant, grâce aux perfectionnements des techniques, à leur souplesse et à leur précision, les examens histologiques fournissent aujourd'hui au clinicien, au physiologiste, au bactériologiste des renseignements de grande valeur.

La complexité des problèmes biologiques oblige à sérier les questions et à confier à des organismes séparés disposant de moyens d'investigation qui leur sont propres et d'un personnel entraîné à ce genre de travaux, des recherches d'un ordre bien déterminé. La spécialisation histologique, tout comme la spécialisation chimique ou bactériologique, est un facteur de progrès.

L'isolement et l'identification des germes pathogènes ouvrent aujourd'hui à l'expérimentation un champ presque illimité de possibilités. Le biologiste peut désormais faire apparaître à volonté chez l'animal sensible les processus morbides les plus divers, en étudier l'évolution, en observer les réactions tissulaires et humérales, faire intervenir des facteurs d'aggravation ou de régression, tirer de ses constatations d'utiles enseignements sur le diagnostic, le pronostic et le traitement de la maladie humaine.

A cet égard, les vérifications anatomiques, les contrôles histologiques fournissent des « pièces à conviction » qui complètent utilement les résultats des recherches bactériologiques ou sérologiques ; ils orientent l'expérimentateur, confirment ou infirment ses hypothèses, l'écartent des voies sans issues, lui suggèrent des idées nouvelles.

Enfin, si la valeur documentaire des préparations anatomiques et histologiques est indéniable dans les travaux de recherches, elle paraît appelée à jouer, dans l'enseignement des sciences biologiques, un rôle de premier plan.

Reuë CHARPENTIER.

Etude anatomopathologique de la schizophrénie (Estudio anatomopatológico de la esquizofrenia), par Christofredo JAKOB et Eduardo A. PEDACE. *Revista neurologica de Buenos-Aires*. T. 2, n° 4, p. 247-265, janvier-février 1938.

Les nombreuses coupes histologiques présentées par les auteurs permettent de grouper les faits en deux catégories : prédominance de lésions pyramidales et d'altération des fibres de connexion d'une part ; d'autre part, lésions des noyaux gris et des systèmes strio-hypothalamico-cérébelleux. Ce qui correspondrait schématiquement à la division clinique en deux variétés : dans la première, prédominance des états confusionnels et hallucinatoires, formes délirantes, autisme et états paranoïdes ; dans la seconde, stéréotypies, catatonie, impulsivité et négativisme.

P. CARRETTE.

Les connexions du noyau rouge avec les parties supérieures et inférieures du système nerveux central et son rôle dans la rigidité décérébrée (The Connections of the Red Nucleus with the Higher and the Lower Parts of the Central Nervous System and its Part in Preventing Decerebrate Rigidity), W.-J.-C. VERHAART. *Acta psychiatrica et neurologica*. T. XIII, fasc. 3, p. 313-326, 1938.

La rigidité décérébrée ne se produit pas quand la partie macro-cellulaire du noyau rouge ou du faisceau rubro-spinal est seulement atteinte, mais s'observe au contraire quand la pyramide de l'extrémité est également touchée. Le fait est en concordance avec l'absence de fibres rubro-pétales entre le cortex cérébral et le noyau rouge. Le noyau rouge forme le centre frontal (microcellulaire) d'un réflexe dont la voie ascendante est le système sensitif secondaire et la voie descendante, le faisceau de Monakow.

P. CARRETTE.

Modifications histopathologiques du cerveau dans l'hyperinsulinisme expérimental (Histopathologic Changes in the Brain in Experimental Hyperinsulinism), par Arthur WEIL, Erich LIEBERT et Gert HEILBRUNN. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXXIX, n° 3, p. 467-481, mars 1938.

A la dose de 2 unités 1/2 par kilogr. l'insuline produit, chez les animaux en expérience, des crises convulsives. Chez ceux qui succombent, les cellules ganglionnaires du cerveau sont détruites ; chez les autres, on décèle ultérieurement des lésions caractéristiques du neurone. L'anoxémie des états hypoglycémiques serait donc un phénomène intracellulaire et non pas la conséquence d'un trouble vasculaire.

P. CARRETTE.

Pseudo-hermaphrodisme, adiposité, polyurie et hyperglycémie. Un syndrome infundibulo-tubérien (Pseudo-hermaphrodisim, Adiposity, Polyuria and Hyperglycemia. An Infundibulo-tuberian Syndrome), par R.-M. STEWART. *Journal of Neurology and Psychiatry*. T. I, n° 2, p. 68-79, avril 1938.

Présentation du cas d'un jeune homme, d'apparence normale à la naissance, mort à 16 ans d'une infection pulmonaire aiguë. A partir de 3 ans, installation d'un syndrome caractérisé par l'obésité, la polyurie, la polydipsie, la somnolence et finalement une forte hyperglycémie. Aspect d'un pseudo-hermaphrodite. Dégénérescence histologique des noyaux hypothalamiques avec envahissement par une intense gliose fibrillaire.

P. CARRETTE.

Contribution à la connaissance de la morphologie et de la structure de l'encéphale dans la cyclopie (Contribucion al conocimiento de la morfologia y estructura del encefalo en la ciclopia), par Julio ARANOVICH. *Revista neurologica de Buenos-Aires*. T. 2, n° 4, p. 266-307, janvier-février 1938.

La cyclopie est le résultat d'une dysplasie ecto-mésodermique des premiers stades de la vie fœtale. La vésicule cérébrale antérieure, arrêtée dans son développement, n'offre qu'une ébauche de bifurcation. Le cortex présente un accroissement anormal de la couche pyramidale externe avec persistance de l'état embryonnaire des zones profondes. La substance blanche est le siège d'une intense prolifération glio-vasculaire. Le reste de l'encéphale montre également des arrêts de développement avec zones de structure embryonnaire.

P. CARRETTE.

Un cas d'état marbré du cortex cérébral (An Example of Status Marmoratus of the Cerebral Cortex), par R.-M. NORMAN. *Journal of Neurology and Psychiatry*. T. I, n° 1, p. 6-16, janvier 1938.

L'examen histologique pratiqué chez un idiot épileptique montre un état marbré du cortex cérébral et de la portion dorsale du putamen. Les lobes pariétal et occipital sont fissurés et atteints à la fois de malformations et de lésions atrophiques. L'absence de mouvements athétoïdes est normale, étant donnée l'intégrité relative des zones inférieures et des connexions du gyrus précentral.

P. CARRETTE.

Observation anatomo-clinique d'apraxie (Una observacion anatomo-clinica de apraxia), par Vicente DIMITRI et Marcos VICTORIA. *Revista neurologica de Buenos Aires*. T. 2, n° 5, p. 323-344, mars-avril 1938.

Les lésions différentes invoquées dans l'apraxie s'expliquent par l'existence de plusieurs catégories d'agnosie. A la base de chaque catégorie on trouve une autotopagnosie. Le cas de MM. Dimitri et Victoria correspond à un trouble complexe. L'altération histologique dominante occupe la strie interpariétale de Pötl et s'étend en arrière de la circonvolution centrale postérieure aux zones occipitales. Elle occupe en somme les faisceaux d'association reliant les régions sensorio-motrices aux centres visuels.

P. CARRETTE.

Un cas anatomo-clinique de syndrome de Benedikt (Un caso anatomo-clinico de Síndrome de Benedikt), par J.-O. TRELLES, L. SUÁREZ et M. MÉNDEZ. *Revista de Neuro-Psiquiatria*. T. 1, n° 1, p. 51-84, Lima, mars 1938.

Les signes présentés par l'enfant sont : une ophtalmoplégie du moteur oculaire commun droit et une hémiparésie gauche. Anatomiquement un tuberculome a envahi l'hémicalotte pédonculaire droite. Il n'y a pas de signes pyramidaux. Le noyau rouge est totalement détruit. Pour qu'une telle lésion produise le syndrome de Benedikt on sait qu'il est indispensable qu'elle se développe avant l'âge de 8 ans.

P. CARRETTE.

Néoplasies méningées (Neoplasias Meningéas), par W.-E. MAFFEI. *Revista de Neurologia e Psiquiatria de São Paulo*. T. IV, n° 1, p. 1-39, janvier-mars 1938.

Les tumeurs méningées sont divisées par M. Maffei en deux catégories : les tumeurs dure-mériennes ou de la pachyméninge et les tumeurs de la leptoméninge. Les néoformations de la dure-mère sont épithéliales et conjonctives (psammomes). Les autres sont des endothéliomes et des fibroblastomes arachnoïdiens. La présence des éléments spécifiques de la leptoméninge a permis d'isoler les méningoblastomes. Du point de vue clinico-chirurgical, la délimitation des méningiomes par Cushing a simplifié le problème.

Du point de vue histologique on distingue : le type mésenchymateux, le type angioblastique, le type méningothéliomateux, le psammome, le type ostéoblastique et le fibroblastome. Trente-quatre observations illustrent ces notions théoriques et fournissent d'intéressantes données sur les localisations les plus notables et sur des variétés plus récemment étudiées : sarcomatose et mélanosarcomatose de Bailey et Bucy.

P. CARRETTE.

BIOLOGIE

L'Immunité et le système nerveux (L'immunità e il sistema nervoso), par Karel SEDLACEK, Prague. *Il Cervello*, juillet 1938, p. 231-242.

Très important mémoire où sont envisagés tous les problèmes biologiques que pose la question de l'influence du système nerveux dans les mécanismes de défense. La production d'anticorps dépend du système réticulo-

endothélial subordonné à une régulation neuro-hormonale. Les caractères de la défense d'origine nerveuse a des traits communs avec la résistance spécifique, elle se produit dès le début de l'infection, elle est discrète, de brève durée, la guérison est due plus souvent aux éléments mobiles qu'aux anticorps. Mais le système nerveux ne participe pas seulement à la défense spécifique, il contribue aussi aux processus spécifiques.

Henri Ey.

Rôle de la vitamine C dans le métabolisme du tissu nerveux (Role of Vitamin C in Metabolism of Nerve Tissue), par Herman WORTIS, S. Bernard WORTIS et Frances I. MARSH. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXXIX, n° 5, p. 1055-1066, mai 1938.

La vitamine C est diminuée dans le sang et le liquide céphalo-rachidien des alcooliques chroniques. Elle est employée avec succès dans la polynévrite et dans la poliomyélite expérimentale. Son rôle dans le métabolisme du tissu nerveux paraît important et s'appuie sur la recherche de ses variations céphalo-rachidiennes, sur la fonction de réservoir dévolue au cerveau, aux parties nerveuses des surrénales et de l'hypophyse. Les évaluations dans le scorbut animal montrent une hypertrophie des surrénales avec réduction à un taux très bas de la proportion de Vitamine C.

P. CARRETTE.

Interprétation de l'activité électrique du cerveau (Interpretation of the Electrical Activity of the Brain), par Hallowell DAVIS. 93^e Réunion annuelle de l'*American Psychiatric Association*, Philadelphie, 10-14 mai 1937 in *The American Journal of Psychiatry*. T. LXXXIV, n° 4, p. 825-834, février 1938.

Le cerveau est un réservoir d'énergie et la pratique de l'électro-encéphalographie montre la corrélation des décharges électriques avec l'activité nerveuse. L'occlusion des yeux, l'assouplissement, l'appréhension s'accompagnent de modifications électriques. Certains états pathologiques, — les états dépressifs, l'épilepsie notamment, — montrent un trouble des décharges et possèdent une courbe d'oscillation très particulière. L'étude de l'activité électrique du cerveau doit être systématiquement poussée. Elle fournit des données pathogéniques et des éléments cliniques importants.

P. CARRETTE.

Variations de la vitesse du courant circulatoire chez les sujets normaux et les schizophrènes (Variability of Circulation Time in Normal and in Schizophrenic Subjects), par H. FREEMAN. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXXIX, n° 3, p. 488-493, mars 1938.

La vitesse du torrent circulatoire est calculée grâce au test suivant. Une injection de cyanure de sodium est poussée dans une veine du coude suivant une technique strictement déterminée. Le passage du médicament au sinus carotidien est marqué par un accès dyspnéique. Le temps écoulé entre le début de l'injection et l'accès est chez les schizophrènes anormalement élevé et très variable.

P. CARRETTE.

Hypoglycémie. Etudes neurologiques et neuropathologiques (Hypoglycemia. Neurologic and Neuropathologic Studies), par Frederick P. MÖRSCH et James W. KERNOHAN. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXXIX, n° 2, p. 242-257, février 1938.

Les traitements par le choc insulinique ont apporté une contribution nouvelle à la question de l'hypoglycémie. Des problèmes ont été posés et ils gagnent chaque jour en complexité par l'apport de nouveaux documents. A cela, plusieurs raisons : la constitution même de l'insuline, les facteurs qui agissent sur l'hypoglycémie au cours des états pathologiques, l'influence d'autres modifications biologiques encore inconnues, notamment dans l'état endocrinien. Il n'est donc pas étonnant que l'état hypoglycémique et la mort consécutive au coma apparaissent sous des formes cliniques et anatomiques si variables. Le présent travail rapporte des observations de dégénérescence nerveuse, d'hémorragies miliaires, d'atrophie cellulaire à la suite de comas profonds.

P. CARRETTE.

Recherches sur la glycémie et la chlorémie chez les schizophrènes en cure insulinique, par M. GROSS et G. GROSS-MAY. *Le Progrès médical*, n° 40, 1^{er} octobre 1938.

Les recherches des auteurs leur ont prouvé que les globules rouges dans la cure insulinique chez les schizophrènes se débarrassent du sucre plus rapidement que le plasma environnant. La cellule tarde également plus que le plasma à récupérer son taux initial. Le taux des chlorures est normal dans le sérum des schizophrènes et notablement augmenté dans les globules. Cette chloropexie peut avoir un intérêt du point de vue pathologique et diagnostique. Des recherches semblables seraient utilement pratiquées pour d'autres substances telles que le phosphore, le calcium dont les variations de métabolisme paraissent jouer un rôle considérable dans les états psycho-organiques.

P. CARRETTE.

Corrélations de l'athétose, de la catatonie et de l'hypoglycémie (Correlations of Athetosis, Catatonia and Hypoglycemia), par Kalman GYARFAS (de Budapest). *The Journal of Nervous and Mental Disease*. T. LXXXVII, n° 5, p. 588-597, mai 1938.

Un sujet atteint d'hémiathétose avec hémiparésie infantile présente un accès psychopathique aigu de forme catatonique traité par le métrazol et l'insuline. Or on observe que dans la stupeur catatonique comme dans les phases de grande agitation psycho-motrice, les mouvements athétosiques disparaissent alors que dans les périodes d'excitation légère l'athétose réapparaît ou même s'amplifie. L'auteur suggère une explication des mouvements automatiques et rythmés : une impulsion pathologique promotrice est nécessaire. Quand une forte inhibition intervient (dans les zones frontales ou subcorticales par exemple), l'impulsion est supprimée, tandis qu'une faible excitation favorise une sommation d'impulsions ; mais dans les crises violentes toutes les impulsions sont absorbées par le système déclenché et l'athétose disparaît.

P. CARRETTE.

Le mécanisme d'action de la cure insulinique. Les glucides du système nerveux central (Il meccanismo d'azione della cura insulinica. I glucidi del sistema nervoso centrale), par Adolfo MASSAZA, Gênes. *Rivista di Pat. nerv. a ment.*, mai-juin 1938, p. 408-417.

Gayda a montré que le tissu cérébral consomme 22 fois plus de sucre que le muscle. D'après Yamakita outre ses besoins en oxygène il consomme sous l'influence du processus d'oxydation une quantité importante d'autres substances organiques (glucides, protides, etc.). De ces recherches et de bien d'autres que l'auteur passe en revue il résulte que le métabolisme cérébral des sucres joue un grand rôle dans le fonctionnement de cet organe. L'étude du comportement des glucides cérébraux chez le lapin à l'état normal et sous l'influence du choc insulinique, montre que durant ce choc le glucose libre et les glucides totaux, notamment le glycogène, augmentent durant la première phase du traitement, même si on parvient jusqu'au coma. Dans la suite on observe une diminution. Il semble que les glucides du cerveau se montrent plus résistants que dans les autres tissus. Seuls des chocs répétés parviennent à les libérer.

Henri Ey.

Contribution à la connaissance de l'épilepsie expérimentale réflexe par stimuli lumineux (Contributo alla conoscenza dell' epilepsia sperimentale riflessa per stimoli luminosi), par Enrico FULCHIGNONI, Messine. *Rivista di Pat. nerv. e ment.*, janvier-février 1938. p. 1-54.

Travail expérimental sur l'épilepsie réflexe du plus grand intérêt : partant des expériences d'Amantea (1915) et de Clementi (1929), l'auteur a vérifié la possibilité de déclancher chez le chien (protocoles de 22 expériences) des crises convulsives par excitation lumineuse vive à la condition d'avoir appliqué dans la région occipitale de l'animal de petits disques de papier imbibés d'une solution de strychnine à 1 %. Amantea avait montré que l'application de strychnine sur la zone psychomotrice corticale déterminait dans les zones cutanées correspondantes des phénomènes d'hyperesthésie et que de fortes excitations tactiles et douloureuses pourraient dans ces conditions provoquer le déroulement d'une crise d'épilepsie généralisée (épilepsie expérimentale par excitations afférentes). Clementi a étendu ces expériences aux sphères sensorielles et notamment à l'étude de la strychninisation occipitale comme condition de déclanchement d'épilepsie par excitation lumineuse. Ce qui prouverait qu'il existe dans la zone occipitale des localisations motrices. D'après Fulchignoni, il existe chez le chien une aire cortico-occipitale bien délimitée correspondant à la zone A₁ de Münk et correspondant à la région située entre le gyrus supratentorial, le gyrus splénial postérieur et le gyrus ectolatéral. Le point de l'écorce occipitale se comporte comme le centre sigmoïde moteur de l'animal. Un point particulièrement important à relever à propos de tous les travaux d'Amantea, Clémenti et Fulchignoni c'est la notion due à Amantea, de prédisposition épileptique chez le chien en expérience. Certains chiens (environ 25 %) se comportant comme des prédisposés. Ils ont une excitabilité corticale plus élevée, ils sont plus agressifs, ils ont des valeurs anormales en rapport $\frac{Ca \times 100}{K}$ dans le sérum sanguin, des valeurs chronaxiques basses dans les centres corticaux et enfin une hyperglycémie avec hypophosphatémie. D'après

Lorigo ces chiens prédisposés à l'épilepsie réflexe ont un système endocrinien à prévalence thyro-pancréatique avec hypoactivité surrénale. Lorsqu'il s'agit de chiens non prédisposés, résistant à l'action épileptogène ils peuvent être rendus « prédisposés » par la morphinisation (Amantea) ; par l'injection de chloralose ou par l'application du veuin de crotale sur l'écorce, ou par l'application de sérum sanguin de chien prédisposé sur le centre sigmoïde (Martino) ; ou encore par l'application de sérum de sang humain prélevé chez un épileptique (Longo) ; par la transfusion de sang de chiens prédisposés (Martino) ; par l'injection intraveineuse de sang hémolysé d'épileptique (Longo) ; enfin par l'application directe sur l'écorce d'un extrait aqueux de chien prédisposé (Longo). On voit par ce travail important et méthodique quel apport expérimental au problème de l'épilepsie nous devons à l'école italienne.

Henri Ey.

La réaction de Donaggio dans l'épilepsie (La reazione di Donaggio nell'epilessia), par Paolo JEDŁOWSKI, Bologne. *Rivista di Neurologia*, avril 1938

Toutes les crises observées dans 30 cas d'épilepsie s'accompagnent d'une réaction de Donaggio positive. (On trouvera la technique de la recherche en « phénomène d'obstacle » au début du travail). La réaction positive est apparue ou a été augmentée immédiatement après l'accès. La valeur maxima de la réaction s'est montrée dans les phases de crises d'une durée moyenne de 12 à 24 heures. L'acmé de la réaction a correspondu à des chiffres avoisinant 50 parfois et en moyenne 33. C'est environ et en moyenne vers la 106^e heure après l'accès que la réaction cesse. L'accès convulsif produit par le cardiazol a des effets analogues mais moins marqués et plus brefs. Les attaques hystériques ne provoquent pas de modifications de la réaction de Donaggio ou tout au moins, lorsqu'il s'agit d'accès très prolongés, elles ne produisent que des modifications faibles et courtes.

Henri Ey.

Variation de la formule leucocytaire au cours de crises convulsives cardiazoliques, par MM. BARGUES et BERTHON. *Gaz. hebdomadaire des Sc. méd. de Bordeaux* ; 26 mars 1939, n° 13, p. 198.

Les auteurs se sont astreints à rechercher, par des examens systématiques, les variations de la formule leucocytaire pendant la crise cardiazolique ; ils aboutissent aux conclusions suivantes : la crise convulsive provoque habituellement une polynucléose modérée qui se prolonge quelque temps après la crise ; dans deux cas où l'injection du cardiazol ne provoque pas de convulsions, la variation de la formule leucocytaire se produit néanmoins dans le même sens.

BERGOUIGNAN.

Recherche et dosage de l'alcool dans le sang et l'urine, par MM. DELAVILLE et Ch. SIMON. *Laboratoire et Psychiatrie*, n° 3, année 1937.

Dans cet article, M. Delaville décrit en premier lieu la technique utilisée à l'Hôpital Henri-Rousselle. M. Simon en montre les principales applications en psychiatrie, notamment à l'occasion des permissions ou sorties d'essai.

M. LECONTE.

Les modifications de la chronaxie vestibulaire déterminées par l'alcool chez les alcooliques, par le Dr Casimir NIEMIROWICZ-SZCZYTT. *Encéphale*, 1938, t. II, p. 26-45 (avec quatre planches hors-texte).

Soixante-douze expériences effectuées dans le but d'explorer les modifications d'excitabilité vestibulaire provoquées par l'alcool et mesurées au moyen de la chrouaxie :

1° Chez les alcooliques chroniques : En dehors d'administration d'alcool, la ehronaxie vestibulaire est en général augmentée dans la première période d'abstinence ; quand l'abstinence se prolonge, la chronaxie reste, le plus souvent, au-dessous de la normale ;

2° Au cours des psychoses alcooliques aiguës, la ehronaxie s'abaisse jusqu'à atteindre la valeur chronaxique qui caractérise l'émotivité d'un enfant de 1 à 3 ans. Au fur et à mesure que disparaissent les symptômes aigus, la chronaxie augmente progressivement ;

3° A la suite d'ingestion d'alcool, chez tous les sujets examinés, quelles que soient la dose et la voie d'introduction, les modifications de la chronaxie présentent trois phases : abaissement de la chronaxie — augmentation — retour au chiffre initial.

Pierre MASQUIN.

Contribution à l'étude de la régulation nerveuse du sang. Observations hématologiques dans les syndromes aigus cranio-céphaliques (Contribución al estudio de la regulación nerviosa de la sangre. Observaciones hematológicas en síndromes agudos cráneo-cefálicos), par Jorge VOTO BERNALES C. *Revista de Neuro-psiquiatria*. T. I, n° 2, p. 174-215, Lima, juin 1938.

Les syndromes aigus cranio-encéphaliques consécutifs aux commotions, fractures du crâne, hémorragies par artérite, méningées ou cérébrales, possèdent une formule hématologique qu'il importe de connaître pour préciser le mécanisme des troubles et comprendre leur évolution. La diminution du nombre des hématies est normale dans les premières 48 heures. Les complications fatales s'accompagnent d'une augmentation des érythrocytes. La leucocytose est habituelle en dehors même de toute atteinte infectieuse. Elle n'est pas nécessairement en rapport avec la gravité des symptômes. Les neutrophiles apparaissent dans les premières 24 heures avec l'éosinophilie et la lymphopénie. Cette formule s'invertit ensuite s'il n'y a pas de lésion nerveuse persistante, tandis qu'elle se fixe ou s'accroît dans les cas graves. La rapidité de sédimentation globulaire est accélérée quand il y a une précoce amélioration clinique.

P. CARRETTE.

Modifications biochimiques du sang dans l'émotion, par M.-A. TCHARISSOW, N.-M. WOLFSON et D.-N. ARUTJUNOW (*Nevropatologia i Psichiatría*, T. VI, fasc. 5, 1937).

Les auteurs recherchent les signes somatiques et les réactions biochimiques dûs à l'émotion. Leurs études antérieures ont démontré que la catalase et la cholestérine manifestent à l'égard des états émotifs une sensibilité par-

ticulièrement évidente. Les modifications subies par le taux du sucre sont beaucoup moins accusées. De plus, les modifications liées à l'émotion ont une stabilité individuelle particulière à chaque sujet. Il semble que le caractère des changements végétatifs et chimiques subis par l'organisme en rapport avec les émotions varie avec leur intensité et non avec leur qualité. Sous l'influence de l'émotion, le système nerveux végétatif réagit massivement. La différenciation plus subtile des émotions et de leur qualité est régie par l'écorce.

FRIBOURG-BLANC.

Les corrélations colloïdales dans le plasma des schizophrènes, par S. SCHRIJVER-HERTZBERGER (Amsterdam). *Encéphale*, 1938, t. 1, p. 181-193.

Le comportement des albumines du plasma sanguin présente, chez les schizophrènes, certaines modifications : altération de la quantité de fibrinogène ou de globuline — sédimentation accélérée — altération de la stabilité des colloïdes, etc...

Ces modifications peuvent aider au pronostic, car elles se retrouvent surtout dans les cas « atypiques », souvent catalogués « psychoses de dégénérescence » et à pronostic plus ou moins favorable, alors qu'elles sont très rares chez les schizophrènes chroniques « normaux ». L'auteur tire de son travail les conclusions suivantes : 1° dans les syndromes schizophréniques au début, l'accélération de la sédimentation est d'un pronostic favorable ; 2° dans les cas de schizophrénie invétérée, la stabilité du plasma associée à une sédimentation accélérée sont d'un pronostic défavorable ; 3° dans les syndromes schizophréniques associés à une destruction des matières albuminoïdes, l'accélération de la sédimentation et l'instabilité du plasma que l'on s'attendait à trouver, font parfois défaut. L'absence de ces deux symptômes donne dans ces cas un pronostic favorable ; 4° une connaissance approfondie des facteurs de la stabilisation du plasma donnera la possibilité d'une thérapeutique rationnelle des syndromes schizophréniques, en nous donnant la possibilité d'imiter ou de provoquer les facteurs qui défendent l'organisme contre la maladie.

Pierre MASQUIN.

Recherches sur la propriété catatonigène dans le sérum sanguin et le liquide céphalo-rachidien humain (Ricerca di proprietà catatonigène nel siero di sangue e nel liquor cefalo rachidiano umano), par G. SOGLIANI, Sondrio. *Il Cervello*, septembre 1938, p. 253-279.

Les expériences ont été conduites sur un total de 38 animaux : 22 lapins et 16 cobayes. Les injections de sang, aussi bien de sujets sains que de sujets catatoniques, y ont produit, à doses élevées, divers phénomènes : polypnée, immobilité, flexibilité circeuse, mydriase, parfois des symptômes paralytiques et quelquefois la mort après une brève période convulsive. Le sang, tenu à la glacière ou chauffé à 56°, s'est montré moins toxique. L'injection de liquide céphalo-rachidien a toujours été négative. Importante bibliographie.

Henri EY.

Recherches sur la cérébrostimuline de Popa. Du pouvoir excitant du liquide céphalo-rachidien sur le cerveau, par R. LERICHE et A. JUNG (Clinique chirurgicale A. de Strasbourg). *La Presse médicale*, 8 avril 1939.)

Popa, de Jassy, a signalé en 1938 qu'il existe dans le liquide céphalo-rachidien une substance excitante du cerveau, produite par l'hypophyse. Il l'a appelée cérébrostimuline. Si une petite quantité de liquide céphalo-rachidien prélevé dans le 3^e ventricule est injectée dans les cavités ventriculaires d'un autre animal (et en particulier dans le 3^e ventricule), on obtient chaque fois une réaction caractéristique dont l'apparence est véritablement celle des crises d'épilepsie. Cette substance se trouve dans tout le liquide céphalo-rachidien, mais alors que le liquide prélevé dans le 3^e ventricule déclenche directement la réaction, cette réaction n'est produite par le liquide des autres cavités que si on le concentre, ou, mieux encore, si on en utilise le résidu sec obtenu par simple évaporation.

Ayant observé des effets analogues après injection de solutions de chlorure de potassium, c'est au potassium dont le liquide céphalo-rachidien contient une quantité appréciable que Popa attribue les effets enregistrés. La substance active serait déversée dans le liquide céphalo-rachidien au voisinage du point d'implantation de l'hypophyse sur l'hypothalamus.

Ceci ajoute à nos connaissances sur la pathogénie de l'épilepsie l'élément précis (tout au moins du point de vue expérimental) de variations qualitatives du liquide céphalo-rachidien. Rappelons que l'action des variations quantitatives a été particulièrement étudiée par M. Leriche depuis 1915.

René CHARPENTIER.

L'examen biologique du liquide céphalo-rachidien, par M. DELAVILLE. *Laboratoire et Psychiatrie*, n° 1, 1937.

L'auteur décrit les techniques usuelles et expose les conclusions qu'on est en droit de tirer des examens de pratique courante. Le côté pratique de cet article est particulièrement à retenir. Les techniques sont décrites avec simplicité et précision.

Les examens physiques, cytologiques, bactériologiques et chimiques sont envisagés tour à tour. L'auteur s'offre à donner volontiers toutes précisions complémentaires.

M. LECONTE.

L'index d'Ayala (The Ayala Index), par Nathan SAVITSKY et Morris M. KESSLER. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXXIX, n° 5, p. 988-1002, mai 1938.

L'index d'Ayala est le chiffre obtenu en multipliant le nombre de centimètres cubes prélevés par ponction lombaire, par le rapport entre la pression finale et la pression initiale du liquide céphalo-rachidien.

$$I = \text{Cms} \times \frac{\text{Pr. f}}{\text{Pr. i}}$$
 Déterminé dans 186 cas il s'est montré un guide sûr du diagnostic évolutif des syndromes intracrâniens. Si l'index est faible (au-dessous de 5,5), il s'agit vraisemblablement d'une lésion à tendance compressive avec déformation du système ventriculaire. Si le chiffre est élevé, c'est qu'il n'y a pas d'obstruction par hydrocéphalie. C'est un bon moyen de diagnostic de l'abcès du cerveau avec l'hydrocéphalie otitique ou sphénoïdique, mais il ne peut être qu'un élément biologique additionnel. Il s'ajoute

aux autres procédés d'examen et il faut tenir compte dans son interprétation des données modificatrices fournies par exemple par l'hypertension artérielle et les maladies vasculaires cérébrales.

P. CARRETTE.

Syphilis nerveuse inapparente, spécialement à la période secondaire (Syphilis Nervosa inapparente, especialmente no Periodo secundario), par Zacheu ESMERALDO. *Ilustração Medica*, n° 33, Rio de Janeiro, avril 1938.

Les méningites de la syphilis secondaire sont connues. Elles se traduisent souvent par un minimum de signes cliniques. Pour l'auteur, dans la majorité des cas, elles évoluent sans manifestations apparentes. Il cite des cas de réaction céphalo-rachidienne intense ou dissociée (Wassermann positif, cytose abondante) sans céphalée, sans troubles pupillaires. Si on admet avec Sézary que « l'avenir du syphilitique est fixé dès la période secondaire », il est indispensable d'appliquer dès le début le traitement adéquat destiné à prévenir l'éclosion des signes neurologiques et à négativer si possible les réactions biologiques.

P. CARRETTE.

La réaction du charbon colloïdal dans le liquide céphalo-rachidien (La reacción del carbón coloidal en el líquido cefalorraquídeo), par Alfonso ORTEGA IRAGORRI. *Archivos de Neurologia y Psiquiatria de México*. T. 1, n° 6, p. 329-351, mai 1938.

La réaction du charbon colloïdal de Shube et Harms réalisée avec l'encre indienne noire de Carter à 1 0/0 dans l'eau distillée traitée par l'acide oxalique à 0,10 0/0, a été appliquée par l'auteur au liquide céphalo-rachidien. Grâce à la centrifugation les précipitations sont obtenues très rapidement sans causes d'erreur. La comparaison avec les témoins, avec les réactions du benjoin et de l'or montrent que la technique simple de la réaction du charbon avec son résultat presque instantané permet un diagnostic biologique constant des variétés de syphilis nerveuse à l'exclusion des autres états méningo-encéphaliques.

P. CARRETTE.

Structure psychologique de la catatonie. Essai psychopharmacologique au moyen de l'amytal sodique (Psychologic Structure of Catatonia. A Psychopharmacologic Survey Utilizing Sodium Amytal), par Melvin Wilfred THORNER. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXXIX, n° 3, p. 513-518, mars 1938.

M. Thorner tente de réduire les quatre symptômes les plus typiques de l'état catatonique par l'usage de doses suffisantes d'amytal sodique. La réaction est recherchée pour le mutisme, le refus d'aliment, la flexibilité cireuse et le gâtisme. A part quelques échecs les réponses indiquent la fréquence des idées délirantes, des préoccupations sexuelles, des thèmes dépressifs. Tous ces mécanismes correspondent à des phénomènes psychopathologiques individuels, mais ils sont dominés par une disposition générale qui paraît être la base de la structure psychologique du catatonique : l'incapacité de choisir parmi différentes lignes de conduite.

P. CARRETTE.

ENDOCRINOLOGIE

Les hormones ambosexuelles, par Ch. CHAMPY, professeur à la Faculté de Médecine de Paris (*Annales de Thérapie biologique*, mai 1939).

Les hormones sexuelles, aujourd'hui les mieux connues, testostérone et œstrone, ne sont ni l'une ni l'autre spécifiques d'un sexe, mais présentes à des taux divers chez le mâle et chez la femelle. Elles ont un certain nombre d'actions communes à côté d'actions différentielles. D'autre part, si l'hypophyse paraît jouer un rôle déterminant dans la sécrétion des hormones sexuelles, les hormones sécrétées réagissent à leur tour sur l'hypophyse, en la modifiant. Il se peut que beaucoup des actions observées soient indirectes et dues aux modifications hypophysaires consécutives aux modifications des glandes génitales.

En tout cas l'étendue et l'importance des caractères ambosexuels paraissent considérables. On peut dire qu'il y a moins de différence entre un mâle et une femelle qu'entre l'un ou l'autre et un individu asexué. Les caractères ambosexuels jouent d'ailleurs, dans la vie sexuelle, un rôle important et l'auteur en donne de nombreux exemples.

Il apparaît de plus en plus clairement que le sexe n'est pas une affaire de qualité, mais surtout une affaire de quantité, et que les anomalies sexuelles sont souvent des anomalies de sensibilité et non des anomalies hormonales.

Au point de vue pratique, pour la thérapeutique hormono-sexuelle débattente, il est logique d'essayer sur un sujet donné l'hormone dite de l'autre sexe. En réalité, elle n'est pas de l'autre sexe seulement. Il n'est pas du tout absurde non plus d'associer, en certains cas, les deux hormones. Et il est probable que les hormones pures ne sauraient, dans tous les cas, remplacer les extraits glandulaires totaux qui ont à la fois le mérite de renfermer les produits mal connus (et il y en a sûrement) et celui d'associer les hormones connues dans les proportions où elles se trouvent naturellement.

René CHARPENTIER.

Syndromes psychique et infundibulaire par hyperfolliculinie, par Maurice HAMBURGER et René COURTIN (*La Presse Médicale*, 5 avril 1939).

A côté des troubles psychiques de la dysthyroïdie et de ceux qui surviennent au cours des phases de la vie génitale de la femme, puberté, grossesse, lactation ou menstruation, il existe des cas moins apparents mais où cependant le rôle des hormones se présente comme la cause « unique » de certaines psychoses.

Ces auteurs rapportent une observation dans laquelle ils notent : la coexistence de troubles psychiques et d'un syndrome infundibulaire, tous deux avec paroxysmes coïncidant avec la ponte ovulaire ; l'hyperfolliculinie ; le début des troubles nerveux à la suite de l'ingestion d'une forte dose de folliculine ; la cessation des symptômes par des injections d'extrait de corps jaune. En conclusion, ils affirment l'existence chez la femme de psychoses d'origine hormonale et insistent sur la nécessité de rechercher, soit l'hyperfolliculinie, soit l'hypofolliculinie, « chez toute femme atteinte de troubles mentaux ».

René CHARPENTIER.

Etude critique du syndrome de Cushing, par R. WEISMAUN-NETTER (*Annales de Thérapie biologique*, mai 1939).

Décrit par Cushing en 1932, et attribuée par lui à l'adénome ou à l'hyperplasie basophile du lobe antérieur de l'hypophyse, ce syndrome groupe les éléments suivants : adiposité multirégionale particulière, stries ou vergetures pourpres, pléthore avec polyglobulie, fragilité vasculaire, hypertension artérielle permanente ou passagère, acrocyanose, diabète intermittent et venin, hyperlipodémie, hypercholestérolémie, signes d'hyperthyroïdisme, hypertrichose, ostéoporose parfois avec cyphose et tassement vertébral, troubles subjectifs sensitifs, troubles psychiques très fréquents avec état surtout dépressif, apathie, aboulie, amnésie, désorientation.

Après avoir étudié ces divers symptômes, M. Weismann-Netter discute l'étiologie de ce syndrome dont l'allure polyendocrinienne est frappante. Assurément fréquent, le basophilisme hypophysaire fait parfois défaut. D'autre part, il peut s'observer sans coïncider avec le syndrome de Cushing et ce syndrome peut s'observer en dehors de toute basophilie dans certaines tumeurs hypophysaires extensives. De ce fait, et par comparaison avec ce qu'on observe dans certains syndromes, la question se pose, non point des interactions neuro-hypophysaires actuellement admises par tous, mais de la primauté de l'atteinte des centres diencéphaliques dans l'étiologie de l'affection. Cette conception amènerait à supposer que le basophilisme, quand il se produit, aurait une valeur réactionnelle et peut-être compensatrice.

René CHARPENTIER.

Troubles mentaux dans le syndrome de Cushing (*Mental Disorder in Cushing's Syndrome*), par W.-S. MACLAY et A.-B. STOKES, *Journal of Neurology and Psychiatry*. T. I, n° 2, p. 110-119, avril 1938.

Syndrome de Cushing accompagné d'agitation et d'anxiété chez une femme. Au cours de l'évolution, des idées délirantes apparaissent en rapport avec les manifestations pathologiques : obésité, développement pileux. Intervention chirurgicale et greffe qui n'empêchent pas l'apparition de troubles visuels, la confusion mentale, l'incohérence et l'issue fatale. La dégénérescence hypophysaire est évidente. Toutefois il n'y a pas de tumeur. Diminution des cellules basophiles et abondance des acidophiles. Nécrose du chiasma. Hypertrophie diffuse des surrénales. Infantilisme des organes génitaux. Dégénérescence graisseuse du myocarde et athérome.

P. CARRETTE.

Anorexie mentale et hypophyse, par Ph. PAGNIEZ (*La Presse Médicale*, 3 mai 1939).

Depuis la description, en 1914, par Simmonds (de Hambourg), de la cachexie hypophysaire, on s'est demandé si un nombre important de cas d'anorexie mentale ne relevaient pas d'une origine hypophysaire. Les incertitudes cliniques, les difficultés des tests biologiques, le peu de valeur discriminative de la thérapeutique d'épreuve sont mis en lumière par M. Ph. Pagniez qui aboutit aux conclusions suivantes :

Il n'est nullement établi que l'anorexie mentale d'apparence primitive relève de troubles hypophysaires, ni non plus de troubles infundibulo-

tubériens de voisinage. Tant au point de vue de sa symptomatologie que de sa thérapeutique, l'anorexie mentale demeure avec une physionomie clinique nettement caractérisée et doit être considérée comme un trouble avant tout psychopathique.

A côté de la maladie de Simmonds et de l'anorexie mentale, il y a place, semble-t-il, comme le pensent MM. Lœper et Fau, pour des syndromes moins nets, telle la maigreur hypophysaire de Bickel, telle la cachexie de croissance de May et Layani.

Les cas nettement individualisés relèvent de leur thérapeutique propre : médication hypophysaire et souvent médication glandulaire associée pour la maladie de Simmonds ; isolement, psychothérapie, réalimentation forcée pour l'anorexie mentale. Dans les cas intermédiaires, si l'on peut dire, il y aura lieu de commencer par le traitement classique de l'anorexie mentale qu'on pourra compléter, s'il apparaît insuffisant, par la médication glandulaire.

Et, dans les cas où cette médication est appliquée, avant de conclure à l'échec de la médication hypophysaire seule, il faut s'assurer qu'on a bien utilisé un extrait hypophysaire antérieur actif.

— René CHARPENTIER.

Le complexe épithalamo-épiphysaire, par G. ROUSSY et M. MOSINGER.
Revue neurologique. T. LXIX, n° 5, p. 459-470, mai 1938.

Le complexe neuro-glandulaire de l'épiphyse et de l'épithalamus est comparable à celui de l'hypophyse et de l'hypothalamus. Les connexions entre l'épiphyse et les ventricules cérébraux sont nombreuses et importantes. La glande est sous le contrôle du pallido-striatum et en synergie avec le système hypophyso-hypothalamique, d'où la correspondance clinique des lésions isolées d'un des deux systèmes. L'épiphyse à une fonction mélanogénétique, joue un rôle neuro-végétatif et intervient dans les fonctions motrices. MM. Roussy et Mosinger montrent l'importance des formations péri-ependymaires dont l'étude éclaire la question de la transmission humorale des incitations nerveuses et celle de la constitution du sympathique intracranien.

P. CARRETTE.

La dystrophie adiposo-génitale (syndrome de Babinski-Fröhlich), par Lucien CORNIL. *Le Monde médical*, n° 922, p. 729-737, 1-15 septembre, 1938.

Le syndrome de Babinski-Fröhlich consécutif à l'évolution d'un processus diencéphalo-hypophysaire est trop souvent confondu avec les dystrophies adiposo-génitales de croissance liées au retard de développement des organes génitaux. Le rôle de l'hypophyse, par sa fonction gonadotrope, et celui du diencéphale, par l'action de ses centres sur le métabolisme des graisses et le développement des organes génitaux, sont également à considérer. D'ailleurs l'étiologie du syndrome est complexe et variable. Dans les cas de syphilis le traitement spécifique pourra donner des résultats. En présence des séquelles infectieuses, l'opothérapie hypophysaire sera avantageusement associée, suivant les cas, aux extraits thyroïdiens ou testiculaires. C'est à la chirurgie qu'il faut recourir — ou à la radiothérapie — quand il y a une tumeur.

P. CARRETTE.

La maigreur constitutionnelle, par Lucien CORNIL et M. SCHACHTER-NANCY.
Le Progrès Médical, n° 30, 1961-1962, 23 juillet 1938.

Les sujets atteints de maigreur constitutionnelle présentent une réduction considérable de leur tissu cellulo-adipeux. Ils sont généralement du type longiligne. Leur poids subit peu de modification en rapport avec les régimes alimentaires très calorigènes. La disposition à la maigreur est souvent héréditaire. Le comportement psychologique est celui du psychasthénique, intraverti, à tendances autistiques. L'examen biologique ne révèle pas de troubles caractérisés. Chez l'enfant on distingue donc déjà la maigreur constitutionnelle des états dystrophiques tels que la maladie de Marfan. Et cependant un bilan physiologique complet devrait permettre de déceler l'ensemble des troubles qui engendrent un état de maigreur anormal et fixe. C'est sans doute l'endocrinologie qui nous fournira dans l'avenir la réponse à cette question.

P. CARRETTE.

Résistance dentaire et facteur racial (*Resistencia dentaria e factor racial*), par Josué de CASTRO et Irene SILVA. 1^{er} Congrès latino-américain de Criminologie. *Archivos de Medicina legal e Identificação*, n° 16, p. 197-217, 1 juillet 1938.

Les enfants examinés au Laboratoire de Biologie infantile de Rio de Janeiro se divisent en sujets de races blanche, nègre et métisse. Le type métis est évidemment sujet à de grandes variations, mais il existe chez le nègre une résistance dentaire très supérieure à celle du blanc, due à une polarisation du type constitutionnel à prédominance endocrinologique hyperpituitaire. Dans l'ensemble, les constantes anatomo-physiologiques rapprochent le type pathologique de l'acromégalie du type nègre normal.

P. CARRETTE.

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

Une consultation de prophylaxie criminelle, par Louis VERVAECK. (*Revue de Droit pénal*, 19^e année, n° 2, février 1939).

À côté de l'examen théorique des questions de prophylaxie criminelle, la Ligue belge d'Hygiène Mentale, lors de sa séance de décembre 1938, a discuté et approuvé à l'unanimité l'organisation d'une consultation, ayant pour objet d'accueillir et d'assister les personnes qui traverseraient une période troublée et difficile, susceptible de donner lieu à des réactions antisociales, voire peut-être dangereuses.

Cette nouvelle consultation ne peut se concevoir que dans le cadre des dispensaires de la Ligue belge d'Hygiène Mentale ; elle doit être considérée comme l'extension et une spécialisation de ceux-ci.

Depuis janvier 1939, la consultation de prophylaxie criminelle et d'assistance médico-sociale fonctionne deux fois par mois au Dispensaire d'Hygiène Mentale de Bruxelles. Elle est dirigée par un médecin, disposant d'une auxiliaire sociale pour les enquêtes et démarches à faire ; il est assisté aussi par un docteur en droit et des représentants des œuvres de patronage et de réadaptation sociale.

Une des difficultés pratiques à résoudre était celle de donner à cette

consultation une dénomination qui n'en écarte pas ceux auxquels elle s'adresse. Au terme provisoirement choisi de Consultation d'assistance médico-sociale, se substituera probablement dans l'avenir celui de « Consultation Jules Lejeune », qui n'implique aucune signification inquiétante.

L'avenir décidera de l'orientation et des modalités définitives à donner à la consultation nouvelle ; actuellement elle a simplement pour objectif de collaborer à l'activité scientifique et sociale bienfaisante des diverses consultations réalisées dans le cadre des dispensaires de la ligue helge d'Hygiène Mentale.

LAUZIER.

Hygiène mentale de la sexualité (Higiene mental de la Sexualidad), par Luis CUSTODIO MUÑOZ (Santiago du Chili). *Revista de Psiquiatria y disciplinas conexas*, n° 9, p. 54-63, avril 1938.

Les conceptions de l'auteur sont favorables à une éducation précoce, en rapport avec les premières préoccupations enfantines. Les notions théoriques doivent être fournies par des adultes compétents et le médecin d'école a là un rôle délicat et important à remplir. Pratiquement l'éducation doit recourir à la dérivation et à la sublimation par une sage application du travail, du sport et des jeux. Les rêves, l'imagination seront dirigés et l'on tirera un profit certain des données freudiennes. Les idées sur la masturbation seront ramenées à leur véritable portée. L'abstinence sexuelle produira ainsi le minimum de troubles. Plus tard des renseignements d'hygiène et de pathologie documenteront sur les maladies vénériennes. La coéducation sexuelle réduira le malaise affectif de l'adolescence et l'ampleur des conflits familiaux.

P. CARRETTE.

Recherches psychiatriques sur les suites de la stérilisation chirurgicale, de la femme, par la résection partielle des trompes (Psychiatrische Untersuchungen über die Folgen der operativen Sterilisierung der Frau durch partielle Tubenresektion), par H. BINDER, de Bâle. *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, XL, 1-2, 1937/38.

La stérilisation opératoire comporte des suites favorables et défavorables, dans la grande majorité des cas simultanément les unes et les autres. S'il est vrai que le plus souvent les avantages priment les inconvénients, le nombre des cas où ces derniers l'emportent, est cependant très appréciable. Les suites fâcheuses observées ont avant tout une origine psychogène ; cela est vrai même pour les troubles des fonctions sexuelle et menstruelle. Elles dérivent tantôt du sentiment d'inassouvissement de l'instinct maternel, tantôt du sentiment de diminution de l'être physique, tantôt de sentiments de culpabilité inspirés par les conceptions éthiques ou religieuses. Les modifications du caractère et de l'affectivité qui en résultent ont parfois des repercussions très graves sur la vie conjugale et familiale. Dans presque la moitié des cas avec suites défavorables prédominantes, les perturbations ont un aspect franchement morbide, névrotique ou psychonévrotique. La conclusion pratique est qu'un examen individuel approfondi s'impose dans chaque cas, permettant de peser les indications et les contre-indications. Parmi ces dernières il faut énumérer avant tout : le jeune âge de la femme, le nombre restreint des enfants, l'existence d'une constitution psychopathi-

que ou de névroses antérieures, la mésentente conjugale, l'existence d'un instinct maternel puissant ayant dû être refoulé, les tendances hypocondriaques constitutionnelles, les scrupules religieux.

E. BAUER.

Les examens en vue de l'appréciation de l'aptitude à la grossesse, pratiqués à la polyclinique neuropsychiatrique universitaire de Zurich, en 1933 et 1934 (1500 cas) (Di · nervenärztliche Beurteilung der Schwangerschaftsfähigkeit an der psychiatrischen Universitätsklinik Zurich in den Jahren 1933 et 1934 (1500 Fälle), par A. ZOLLIKER. *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, XL, 2, 1938.

L'auteur fait une étude statistique très complète, dont il est impossible de résumer tous les éléments, dans une brève analyse. L'interruption de la grossesse fut préconisée dans presque tous les cas de psychoses organiques, de schizophrénie et d'imbécillité, et dans la majorité de ceux de constitution psychopathique grave, de névrose grave, de mélancolie. En cas de débilité mentale, d'excitation réactionnelle, de névrose bénigne, elle fut le plus souvent rejetée. Bien entendu, dans une proportion importante des cas, la stérilisation fut recommandée en même temps que l'avortement. Environ 150 femmes furent examinées en vue de la stérilisation seule. Celle-ci fut préconisée presque toujours en cas de psychose ou d'anomalies psychiques constitutionnelles graves.

E. BAUER.

Influence de la Presse sur l'hygiène mentale (Influencia de la Prensa en la Higiene Mental), par Samuel RAMIREZ MORENO. *Revista mexicana de Psiquiatria, Neurologia y Medicina legal*. T. V, n° 26, p. 5-9, juillet 1938.

L'auteur définit les rapports de la Presse — grands quotidiens et périodiques — avec l'Hygiène mentale. Rôle éducatif par des articles de vulgarisation confiés à des médecins, à des légistes, à des littérateurs. Rôle passif par la suppression des publicités tapageuses, du charlatanisme et de l'étalement complaisant des crimes, des vols et des escroqueries qui, malgré l'exposé des sanctions judiciaires, exercent leur funeste attraction sur les débilés et les déséquilibrés.

P. CARRETTE.

L'examen médical en orientation professionnelle, par MM. MAZEL et NAUSSAC (*Bull. Inst. nat. Etude, Trav. et Orientation professionnelle*, janvier-février 1939).

Au cours des années 1935-1936-1937, 5.703 enfants ont été examinés à Lyon, au point de vue de l'Orientation professionnelle, par MM. Mazel et Naussac.

Le pourcentage des altérations physiques constatées, qui furent assez importantes pour motiver une contre-indication formelle à l'exercice de la profession désirée, résulte du tableau suivant : déficience des organes des sens, 134 soit 2,3 0/0 ; lésions viscérales, 402 soit 7,04 0/0 ; débilité générale, 635 soit 11,1 0/0 ; infirmités diverses, 60 soit 1,05 0/0.

Les différentes raisons pour lesquelles les contre-indications médicales et non-médicales étaient données, découlent d'un deuxième tableau : enfants

s'orientant mal pour diverses raisons, 2.052 soit 35,9 0/0 ; enfants s'orientant mal pour des raisons économiques, 357 soit 6,9 0/0 ; enfants s'orientant mal pour des raisons intellectuelles ou psychiques, 1.817 soit 31,8 0/0 ; enfants s'orientant mal pour des raisons médicales, 1.231 soit 21,5 0/0.

Enfin, MM. Mazel et Naussac ont dressé dans un autre tableau les résultats généraux des conseils donnés par l'Orientation professionnelle : enfants examinés par l'Office, 5.703 ; enfants détournés de leur choix, 2.052 soit 35,9 0/0 ; enfants n'ayant pas fait de choix, 424 soit 7,4 0/0 ; enfants ayant choisi une bonne orientation, 3.227 soit 56,5 0/0.

R. C.

Une enquête médico-sociale sur les jeunes chômeurs à Paris, par M^{lle} SERIN et M. R. TARGOWLA, *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 7 mars 1939.

Dans cette enquête sur des mineurs inscrits au chômage à Paris, portant sur 334 adolescents de 14 à 18 ans, 107 enfants conservaient des caractères infantiles marqués ou présentaient des anomalies (obésité, insuffisance endocrinienne). Du point de vue psychique, il n'existait aucun cas de psychopathie franche, mais 10 cas d'arriération, et aucun illettré. Par contre, nombre de cas étaient des cas sociaux où figuraient l'importance des foyers nocifs et des abandons de famille. Les auteurs préconisent une politique de l'adolescence prolongeant l'âge scolaire, retardant l'âge légal du travail et visant au développement physique des enfants.

M. LECONTE.

Intoxication par le manganèse. Le manganisme professionnel, par André FEIL. *La Presse médicale*, n° 90, p. 1593-1594, 10 novembre 1937.

La déclaration de l'intoxication manganique professionnelle est obligatoire en France, mais la réparation n'est pas admise. Il convient, pour éviter les conséquences funestes de cette situation paradoxale, de dépister précocement les symptômes d'intoxication et de mettre en œuvre les moyens prophylactiques reconnus efficaces. Le travail à l'extraction du minerai n'est pas dangereux. Le risque est au contraire considérable en usine pour les broyeurs, pour les ouvriers des fours et de la préparation des piles. Les troubles neuro-psychiques sont les plus importants ; asthénie, troubles parétiques, céphalées, sueurs apparaissent d'abord. Les manifestations d'altération parkinsoniennes, suivent généralement. L'hygiène à l'usine exige l'absorption des poussières et des vapeurs, l'installation de douches et de lavabos pour l'usage obligatoire après chaque séance de travail et l'alternance périodique de l'emploi en usine et en plein air.

P. CARRETTE.

L'anatoxine tétanique et la prophylaxie du tétanos chez l'homme et chez les animaux domestiques, par G. RAMON (*La Presse médicale*, juin 1939).

La vaccination au moyen de l'anatoxine tétanique trouve son application chez les individus et dans les collectivités particulièrement exposés à l'infection tétanique. L'immunité active due à l'anatoxine tétanique est capable d'assurer une protection permanente contre les risques plus ou moins lointains de tétanos, risques pouvant résulter soit de blessures apparentes, soit de plaies insignifiantes dont la bénignité ne semble pas réclamer d'in-

jection de sérum antitétanique, soit enfin de la constitution d'un foyer tétanigène qu'aucun indice ne laisse soupçonner.

La diffusion de la vaccination antitétanique peut être facilitée par l'emploi des vaccinations associées en unissant l'anatoxine tétanique à un ou plusieurs vaccins utilisés communément, tels que l'anatoxine diphtérique ou le vaccin anti-typhoïdique. Ce procédé, appliqué depuis plusieurs années dans l'Armée française, permet de réaliser dans les meilleures conditions la prophylaxie systématique, individuelle et collective du tétanos.

Chez les animaux domestiques, en particulier chez le cheval, la vaccination, à l'aide de l'anatoxine tétanique (additionnée de tapioca), s'est montrée d'une efficacité indiscutable.

La vaccination par l'anatoxine tétanique est actuellement la méthode de choix de prophylaxie du tétanos chez l'homme et chez les animaux domestiques sensibles à cette dangereuse toxi-infection.

René CHARPENTIER.

ASSISTANCE

Procédés modernes d'assistance des maladies mentales (Recursos modernos de asistencia aos doentes mentais), par Ulysses PERNAMBUCANO. *Neurobiologia*. T. 1, n° 1, p. 1-13, juin 1938.

Un système complet d'assistance des malades mentaux doit pouvoir disposer des services suivants : consultations, hôpital ouvert pour psychopathes, assistance à domicile et sorties surveillée, colonies pour chroniques, système Simon (de Guttersloh), avec travail thérapeutique primaire et travail productif secondaire, colonies familiales, assistance sociale de réadaptation.

P. CARRETTE.

Ce que l'Etat de Massachusetts fait pour ses arriérés (What Massachusetts does for its Mental Defectives), par Neil A. DAYTON. *The New-England Journal of Medicine*. T. CCXVIII, n° 1, 6 janvier 1938.

M. Dayton publie depuis plusieurs années les résultats obtenus par les différentes institutions de traitement et de prophylaxie mentale dans le Massachusetts. Après une étude sur les psychoses alcooliques, faite en collaboration avec M. Riley H. Guthrie (dans le même périodique, T. 216, n° 5, 4 février 1937), il résume l'activité des écoles spéciales pour arriérés. L'organisation est en tous points remarquable. L'admission n'est décidée qu'après un sévère triage. Il s'agit, non pas simplement de soigner et d'occuper les malades, mais de tirer le maximum de ceux qui peuvent être éduqués. Trois écoles totalisant 5.200 enfants fonctionnent et progressent. Aux équipes de « social-workers » est confiée la mission de développer chez l'arriéré les automatismes socialement indispensables, de lui donner le plus d'instruction élémentaire possible, de découvrir ses aptitudes, et lui apprendre un métier. Pour l'année 1936, à Belchertown, la plus petite des trois écoles, 68 élèves ont cessé d'être une charge pour l'Etat et ont pu travailler régulièrement avec un salaire suffisant. L'observation montre qu'après la sortie de l'école la presque totalité des anciens élèves s'adapte heureusement aux conditions de la vie normale.

P. CARRETTE.

La mise en liberté des arriérés et ses conséquences (*Habeas Corpus Releases of Feeble-minded Persons and their Consequences*), par LEO KANNER. 93^e Meeting annuel de l'*American Psychiatric Association*, Pittsburg, 10-14 mai 1937 in *The American Journal of Psychiatry*. T. LXXXXIV, n° 5, p. 1013-1033, mars 1938.

L'*Habeas corpus* inclus dans la Grande Charte est une des garanties majeures de la liberté individuelle. L'obligation de faire comparaître un débile ou un imbécille détenu dans un établissement de rééducation pour le libérer sur sa demande n'est cependant pas sans inconvénients comme le montre M. Kanner à propos de 166 malades traités à la Maryland State Training School et dont l'activité a été suivie après la libération. Si treize d'entre eux s'adaptèrent à la vie active, la plupart des autres contractèrent des maladies graves, se livrèrent à la prostitution ou réclamèrent le secours constant d'organisations charitables quand ils n'échouèrent pas à l'asile ou à la prison.

P. CARRETTE.

L'organisation et le fonctionnement de l'Hôpital Henri-Rousselle, centre de prophylaxie mentale et service ouvert pour malades mentaux par TH. SIMON. *L'Aliéniste français*, n° 5, p. 187-212, mai 1938.

L'Hôpital Henri-Rousselle n'a été institué ni pour éviter l'internement injustement présenté comme une mesure infamante, ni pour le provoquer chez ceux qui auraient pu être soignés librement dans un autre hôpital. Il apporte au malade un mode d'assistance très complet et original avec ses consultations spécialisées, ses laboratoires, son service libre, son organisme de pré-internement. En un an il a fait effectuer 450 visites à domicile et permis un grand nombre de sorties surveillées avec réadaptation sociale progressive grâce au dispensaire qui fournit aux psychopathes chroniques : alcooliques, épileptiques, paralytiques, traités en rémission, la seule aide efficace.

P. CARRETTE.

Construction d'un établissement psychiatrique à Eupen, par DOM, CLOQUET et BENTHOLET. *Bulletin de la santé publique*, Bruxelles, 3^e année, n° 10, p. 517-523, décembre 1938.

Les trois rapporteurs à la section de l'Hygiène des habitations et des agglomérations exposent la proposition de la Commission d'Assistance de la ville d'Eupen, de construire un établissement psychiatrique pour femmes de 350 à 400 lits. Dans le pavillon administratif trente chambres sont prévues pour les pensionnaires libres. Le pavillon des malades calmes sera conçu pour donner l'impression d'une « semi-liberté ». Une ferme sera installée suivant les directives du Ministère de l'Agriculture et emploiera certains malades qui y seront logés. Au sous-sol d'un pavillon un service d'isolement sera aménagé pour les maladies infectieuses.

P. CARRETTE.

La loi Roustan ; texte et jurisprudence, recueilli par J. LAUZIER. *L'Aliéniste français*. 19^e année, n° 8, p. 365-874, octobre 1938.

La loi du 30 décembre 1921, dite Loi Roustan, concerne le rapprochement des « fonctionnaires qui, étrangers au département, sont unis par le mariage soit à des fonctionnaires du département, soit à des personnes qui y ont fixé leur résidence ». Si les deux fonctionnaires appartiennent à une même Administration, leur chef choisit le département où ils seront rapprochés. S'ils appartiennent à des Administrations différentes, un poste est offert à la femme dans le département où exerce son mari. Ce texte est complété par le décret du 23 novembre 1923 relatif à la « détermination des titres ». Des arrêts du Conseil d'Etat sont reproduits à propos de cas particuliers objets de litiges. M. Lauzier y ajoute les commentaires de la *Tribune des Fonctionnaires*.

P. CARRETTE.

Statut et mode de recrutement des médecins psychiatres en Algérie.
L'Aliéniste français, 19^e année, n° 9, p. 434-440, novembre 1938.

L'arrêt du 6 avril 1938 du Gouvernement général fixe le recrutement, l'avancement, les traitements, les congés, la mise en disponibilité, les peines disciplinaires, les retraites des médecins psychiatres fonctionnaires des trois départements algériens. Les différents chapitres concernent des dispositions bien connues et souvent identiques à celles qui régissent les médecins de la métropole. Les articles présentant des particularités sont ceux du recrutement. La nomination se fait par voie de concours ouvert aux « médecins spécialistes des hôpitaux psychiatriques de France ». Le concours ne comporte que des épreuves sur titres, mais si ces titres sont jugés insuffisants, le Gouverneur général peut nommer un psychiatre « appartenant ou non au cadre des asiles ». Ce recrutement vise les hôpitaux psychiatriques d'Oran, de Constantine et de Blida. Pour ce dernier les places disponibles sont affectées aux candidats reçus au concours ou aux médecins des deux autres hôpitaux qui, après trois ans de services, voudraient permuter.

P. CARRETTE.

Les problèmes sanitaires posés par l'exode en France des réfugiés espagnols, par MM. CAVAILLON et LEGLAINCHE. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 7 mars 1939.

A une époque tourmentée, où chaque médecin d'hôpital ou d'hôpital psychiatrique, peut avoir à évacuer ou à recevoir brusquement un très grand nombre de malades, il est utile de signaler cet article qui expose l'organisation, les moyens employés et les résultats obtenus lors de l'exode espagnol de cette année.

Les auteurs envisagent en conclusion, la création « d'un véritable service de santé civil capable de porter secours en toutes circonstances aux populations éprouvées ».

M. LECONTE.

La loi des aliénés en Uruguay, par Isidro Más de AYALA. *Revista de Psiquiatria y Criminología*. T. 3, n° 15, p. 229-250, Buenos-Aires, mai-juin 1938.

L'Uruguay a mis en vigueur, le 6 août 1936, sa loi sur les aliénés. Elle consacre la notion d'assistance obligatoire et réglemente les diverses formes de cette assistance : protection à domicile, placement libre en service ouvert, internement, contrôles multiples en dehors ou dans l'Asile. L'autorité et la responsabilité du médecin spécialisé sont fortement marqués par les dispositions légales et appuyées sur un Inspecteur général qui sert d'intermédiaire entre les praticiens et la Commission honoraire d'Assistance des psychopathes. Certains articles, comme ceux de l'assistance à domicile par ordre médical, recevront sans doute des modes d'application pratique qu'il ne sera possible de préciser qu'avec le temps et l'expérience.

P. CARRETTE.

THÉRAPEUTIQUE

La réadaptation et ses limites (Adjustment and Its Limits), par Eugen KAHN. *The American Journal of Psychiatry*. T. LXXXIV, n° 6, p. 1277-1290, mai 1938.

L'amélioration des états psychopathiques anciens ou épisodiques pose le problème de la réadaptation sociale. M. Kahn attire l'attention sur l'importance de l'état prépsychotique et de l'ambiance ; l'individu ayant à réaliser : un ajustement vis-à-vis de lui-même, une adaptation passive en rapport avec sa situation, une adaptation active par rapport au milieu. L'erreur habituelle consiste à vouloir rééduquer un malade sur une base théorique et idéale sans tenir compte de son déséquilibre initial. Certaines tendances ont besoin d'être orientées et non pas annihilées : excès imaginatifs, hyperémotivité, orgueil, etc...

P. CARRETTE.

Effets psychologiques du sulfate de benzédrine (The Psychological Effect of Benzedrine Sulphate), par Paul SCHILDER, *The Journal of Nervous and Mental Disease*. T. LXXXVII, n° 5, p. 584-587, mai 1938.

L'emploi de la benzédrine dans la narcolepsie fournit de bons résultats. L'auteur note la disparition de la somnolence, de la fatigue, de l'inhibition. Ces effets ont incité à l'usage du produit dans les névroses. Les conséquences ont été généralement néfastes. Le retour de l'activité s'accompagne d'un réveil de l'anxiété, aussi M. Schilder recommande de ne pas employer le médicament avant d'avoir obtenu par la psychothérapie une orientation favorable des tendances affectives et un commencement de réduction des complexes. La benzédrine doit intervenir comme une aide au cours de l'analyse et de l'effort de réadaptation.

P. CARRETTE.

Mécanisme de la céphalée migraineuse et action du tartrate d'ergotamine
(Mechanism of Migraine Headache and Action of Ergotamine Tartrate), par J.-R. GRAHAM et H.-G. WOLFF. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXXIX, n° 4, p. 737-763, avril 1938.

Les pulsations des branches temporales et occipitales de l'artère carotide externe sont enregistrées au moyen de tambours reliés à une capsule de Frank. Les courbes obtenues conduisent les auteurs au postulat suivant : l'attaque migraineuse est produite par une distension des artères crâniennes et l'arrêt de l'accès par le tartrate d'ergotamine est dû à la propriété constrictrice de cet agent qui réduit l'amplitude des pulsations.

P. CARRETTE.

L'usage du bleu de méthylène intraveineux dans les états convulsifs
(The Use of Intravenous Methylene Blue in Status Convulsivus), par Laslo KAJDI et Charles V. TAYLOR. 93^e Meeting annuel de l'*American Psychiatric Association*, Pittsburg, 10-14 mai 1937, *The American Journal of Psychiatry*. T. LXXXIV, n° 6, p. 1369-1376, mai 1938.

On sait que l'injection expérimentale de bleu de méthylène dans les veines, teinte, non seulement les nerfs, mais aussi les fibres musculaires des artères. L'action antispasmodique évidente a été utilisée dans la migraine avec succès. Puis les auteurs ont injecté dans les veines 2 à 20 cm³ de bleu de méthylène en solution à 1 0/0. Les résultats sur la crise convulsive sont très favorables. Le traitement est particulièrement indiqué dans les états de mal, au cours des crises en série qui mettent souvent en danger la vie de l'épileptique.

P. CARRETTE.

A propos du traitement de certaines épilepsies, par M^{lle} SERIN (*Archives hospitalières*, mai 1939. Communication à la séance du 3 janvier 1939 de la Société Médico-chirurgicale des hôpitaux libres).

Beaucoup d'épileptiques sont améliorés et certains même entièrement guéris si on les soigne précocement en tenant compte des manifestations cliniques et des données étiologiques. M^{lle} Serin insiste ici, en donnant des exemples, sur l'utilité d'associer les diverses médications anti-convulsives, en tenant compte des manifestations cliniques, et spécialement sur l'efficacité des sels de calcium associés ou non aux extraits parathyroïdiens.

La recherche des facteurs étiologiques doit être faite avec le plus grand soin. En plus des traitements chirurgicaux et de la thérapeutique antisiphilitique, il est en effet des thérapeutiques efficaces contre certains facteurs étiologiques moins souvent mis en évidence. M^{lle} Serin rappelle, en particulier, l'action du salicylate de soude intra-veineux dans certaines épilepsies récentes d'origine infectieuse, et les résultats obtenus par certains agents vasculaires (iode, extrait de pancréas, etc.), dans certains cas d'épilepsie tardive.

René CHARPENTIER.

Amélioration de l'état physique et mental après traitement des maladies infectieuses chroniques (Enhancement of Physical and Mental Capacity following Treatment of Chronic Infective Disease), par H.-F. FENTON. *The Journal of Mental Science*. T. LXXXIV, n° 330-331, p. 544-551, mai-juillet 1938.

M. Fenton a organisé dans son service d'hôpital (Worcester), l'examen et le traitement systématique des états infectieux chez les psychopathes aigus et chroniques. Les recherches ont porté notamment sur les voies d'introduction habituelles des infections : rhino-pharynx, cavité buccale. Les cas de pyorrhée alvéolo-dentaire sont très fréquents. L'auteur a pu observer dans les 2/3 des états confusionnels, manaco-dépressifs ou schizophréniques une amélioration parallèle des troubles organiques et psychiques.

P. CARRETTE.

L'insuline dans le traitement de la manie aiguë (Insulin in the Treatment of Acute Mania), par L.-C. GROSH. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. T. LXXXVII, n° 5, p. 559-569, mai 1938.

Sur l'effet du glucose dans la psychose maniaque-dépressive, les avis des auteurs sont partagés. On sait que le calme peut être obtenu, dans certains cas, par ingestion de glucose à forte dose, soit dans les phases d'excitation, soit dans l'anxiété. Les rapports entre la tolérance au glucose et les manifestations cliniques restent à élucider. Dans deux cas d'excitation observés par M. Grosh il existait une tolérance exagérée et le retour à une activité normale coïncide avec le traitement insulinique à faibles doses répétées.

P. CARRETTE.

L'histamine et l'insuline dans le traitement de la schizophrénie et des autres maladies mentales (Histamine and Insulin in the Treatment of Schizophrenia and other Mental Diseases), par Horace HILL. *The Journal of Mental Science*. T. LXXXIV, n° 350-351, p. 581-588, mai-juillet 1938.

Le traitement des psychopathies anciennes, comme celui des formes récentes, bénéficie de l'association histamine-insuline. L'histamine favorise les échanges plasmatiques en augmentant la perméabilité des parois capillaires. Elle prépare ainsi l'action de l'insuline et permet d'utiliser celle-ci à des doses non-toxiques (5 à 10 unités suffisent parfois), ce qui évite le choc et ses dangers réels.

P. CARRETTE.

Une année d'expérience de la thérapeutique insulinique dans la schizophrénie (A Year's Experience of Insulin Therapy in Schizophrenia), par G.-W.-B. JAMES, Rudolf FREUDENBERG et A. TANOV CANNON. *Proceedings of the Royal Society of Medicine, section of Psychiatry*. T. XXXI, n° 4, p. 578-584, avril 1938.

La lecture des résultats de 21 traitements par l'insuline indique que la forme clinique importe peu, que les guérisons ne sont obtenues que dans les six premiers mois, que dans les cas plus anciens, jusqu'à 18 mois, les rémis-

sions sont plus fréquentes, que les crises convulsives apparaissent surtout dans les formes chroniques et n'influencent guère le pronostic. Il n'y a pas eu d'accidents mortels, mais de nombreux incidents nécessitant les injections intraveineuses de glucosc.

P. CARRETTE.

Thérapeutique convulsivante par le cardiazol dans la schizophrénie (Cardiazol Convulsion Therapy in Schizophrenia), par L.-C. COOK. *Proceedings of the Royal Society of Medicine, section of Psychiatry*. T. XXXI, n° 4, p. 567-577, avril 1938.

Le cardiazol à doses convulsivantes paraît être le traitement de choix des états confusionnels, de stupeur et d'anxiété observés au cours de l'évolution des syndromes schizophréniques. Il n'exclut pas la cure insulinaire initiale des épisodes délirants et hyperthymiques. Sa technique est plus simple et son emploi moins dangereux, mais il exige des soins consécutifs prolongés. Il apparaît comme le point de départ d'une rééducation possible par le travail et la psychothérapie.

P. CARRETTE.

L'angle d'impédance et ses rapports avec le traitement thyroïdien dans les troubles mentaux (The Impedance Angle and its Relation to Thyroid Treatment in Mental Disorder), par William SARGANT, Russel FRASER et M.-A. B. BRAZIER. *The Journal of Mental Science*. T. LXXXIV, n° 349, p. 255-272, mars 1938.

Les recherches effectuées sur des sujets non-psychopathes traités par l'extrait thyroïdien montrent que le maximum d'efficacité coïncide avec l'élévation de l'angle d'impédance correspondant à + 20. Ce moyen de contrôle est considéré comme plus accessible chez des malades mentaux que les procédés cliniques ou pharmacodynamiques et que la mesure du métabolisme basal. Si le chiffre optimum est atteint sans aucune amélioration psychique, l'augmentation de la dose de thyroïde produit l'excitation et des signes d'intolérance. Il est préférable d'employer de petites doses et de prolonger le traitement. Les meilleures chances de réussite existent chez les schizophrènes déprimés ayant un angle d'impédance initial faible.

P. CARRETTE.

Maladie d'Addison fruste ; taches calcifiées d'une surrénale. Amélioration considérable par le traitement, par Henri PAILLARD, Madeleine H. PAILLARD, et Denise VILLAIN. *Le Progrès médical*, n° 21, p. 750-754, 21 mai 1938.

Observation qui montre l'utilité de la radiographie dans la maladie d'Addison et les bons effets qu'on est en droit d'attendre de l'association thérapeutique : rechloruration et cortico-surrénale.

P. CARRETTE.

Opothérapie lutéinique et folliculinothérapie massive (hypophysofreinatrice) dans certains troubles post-ménopausiques, par GILBERT-DREYFUS. *Le Monde médical*, n° 921, p. 697-702, 1-15 août 1938.

L'opothérapie ovarienne est très délicate à diriger. Les accidents provoqués par l'emploi inconsidéré de la folliculine sont signalés un peu partout. La folliculinothérapie à doses massives s'adresse aux états névropathiques et vaso-moteurs post-ménopausiques avec tendances à l'obésité et à la pléthore. La lutéinothérapie conviendrait particulièrement aux femmes qui, n'ayant plus de règles, conservent des « équivalents », présentent des accès d'hyperémotivité, de céphalée, de pesanteur et des troubles en rapport avec l'excès de folliculine, spontanée ou thérapeutique.

P. CARRETTE.

Traitement de l'alcoolisme expérimental (Tratamiento del alcoholismo experimental), par Rogello E. CARRATALA. *Revista de Psiquiatria y Criminología*, n° 15, p. 289-294, mai-juin 1938.

Une série de recherches est effectuée par M. Carratala pour étudier l'alcoolisation chronique chez l'animal, ses symptômes, ses réactions biologiques. Les résultats permettent de tirer des conclusions utilisables en thérapeutique humaine; l'ingestion d'alcool en période d'autohémothérapie produit un état d'aversion durable; le chlorure de calcium à 10 0/0 en injections intraveineuses est un excellent agent de cure dans l'alcoolisme; le chlorhydrate d'émétine en injections excite les sécrétions, précipite les éliminations et détermine le dégoût de l'alcool.

P. CARRETTE.

Etudes sur la vitamine C chez les alcooliques (Vitamin C Studies in Alcoholics), par Herman WORTIS, S. Bernard WORTIS et Frances I. MARSH. 93^e Meeting annuel de l'*American Psychiatric Association*, Pittsburg. 10-14 mai 1937, in *The American Journal of Psychiatry*, T. LXXXXIV, n° 4, p. 891-912, janvier 1938.

L'acide ascorbique réduit contenu dans le sang et le liquide céphalo-rachidien est étudié chez des sujets normaux et des alcooliques. Le test d'excrétion urinaire révèle que, dans les formes d'alcoolisme sans lésions nerveuses, le taux de vitamine C reste voisin de la normale, tandis que dans les cas de névrite périphérique et de psychose il est abaissé. Les auteurs suggèrent que la vitamine C joue un rôle dans le métabolisme du tissu nerveux.

P. CARRETTE.

Considérations sur les indications et la technique opératoire de l'extirpation du ganglion stellaire (Consideraciones acerca de las indicaciones y la técnica operatoria de la extirpación del ganglio estelar), par Clemente ROBLES. *Archivos de Neurologia y Psiquiatria de México*, T. 1, n° 6, p. 352-358, mai 1938.

La stellectomie est l'opération capitale du système cervico-thoracique indiquée surtout dans les névrites optiques atrophiques la rétinite pigmentaire

et les sympatalgies de la cinquième paire. On la pratique par voie cervicale ou thoracique. Toutes deux ont leurs indications respectives. L'auteur décrit la méthode cervicale qui lui a donné les meilleurs résultats ; la voie basse étant plutôt recommandée dans les affections du membre supérieur.

P. CARRETTE.

Traitement de la chorée, par J. COMBY. *Le Progrès médical*, n° 28, p. 1005, 9 juillet 1938.

La chorée des enfants, maladie rhumatismale, doit être traitée par l'acide arsénieux. Le secret du succès réside dans la conduite de la cure. M. Comby préconise la liqueur de Boudin, poussée progressivement jusqu'aux limites de la tolérance : 30 à 35 grammes, diluée et fractionnée. Toutes les chorées intenses doivent être soignées par le repos au lit et l'isolement avec diète liquide.

P. CARRETTE.

Autohémothérapie sous-occipitale dans la chorée de Sydenham (Auto-hemoterapia intracisternal na Choréa Minor), par Zacheu ESMERALDO. *Archivos brasileiros de Medicina*, n° 8, p. 341-349, août 1938.

La méthode consiste à injecter une ou deux fois par semaine 8 à 15 cm³ de sang dans la grande eiterne après ponction sous-occipitale pour prélever une quantité équivalente de liquide céphalo-rachidien. Les immunisines du sang sont ainsi portées au niveau des centres nerveux, alors que dans les traitements habituels les substances actives ne franchissent pas la barrière hémato-encéphalique. Les 4 cas de chorée soignés par M. Esmeraldo ont été guéris avec un minimum de phénomènes réactionnels à l'occasion de l'injection sanguine.

P. CARRETTE.

Disparition du signe d'Argyll-Robertson chez un paralytique général traité par l'impaludation et le stovarsol, par S. de SÈZE, I. LIPCHUTZ, et J. SÉRANE. *Le Progrès médical*, n° 30, p. 1062-1063, 23 juillet 1938.

Le signe d'Argyll Robertson observé deux fois au cours d'examen en chambre noire disparaît après impaludation et injection de 22 grammes de stovarsol en même temps que s'améliorent les troubles psychiques et neurologiques.

P. CARRETTE.

Le traitement mixte conjugué arséno-bismuthique dans la syphilis, par A. SÉZARY. *Le Progrès médical*, n° 18, p. 638-642, 30 avril 1938.

L'association arséno-bismuthique préconisée par M. Sézary constitue un traitement intensif, les deux médications étant employées aux mêmes doses que si chacune était seule, et conjointement. Elle serait particulièrement active dans la syphilis nerveuse : tabès, névrite optique, hémiplegie, et son échec dans les état méningés latents permettrait de prévoir la paralysie générale qui seule résiste au traitement.

P. CARRETTE.

Résultats de l'emploi de la malariathérapie dans le traitement de la neurosyphilis au Florida State Hospital (A Review of the Results from the Employment of Malaria Therapy in the Treatment of Neurosyphilis in the Florida State Hospital), par Mark F. BOYD, W.-K. STRATMAN-THOMAS, S.-F. KITCHEN et W.-H. KUPPER. *The American Journal of Psychiatry* T. LXXXIV, n° 5, p. 1099-1114, mars 1938.

Le traitement préconisé est l'impaludation suivie de la chimiothérapie. L'expérience des auteurs porte sur 210 cas suivis pendant 5 ans. Les sujets jeunes au-dessous de 30 ans réagissent mieux que les malades plus âgés. Il importe d'obtenir des accès de fièvre intenses et de porter leur nombre à 21 au minimum. Si l'inoculation est insuffisante, il ne faut pas hésiter à en pratiquer une autre. C'est avec la fièvre quarte que les chances de succès paraissent les meilleures.

P. CARRETTE.

Traitement de la syphilis oculaire par la pyrèthothérapie, par FAVORY *Le Progrès médical*, n° 34-35, p. 1165, 20-27, août 1939.

L'échec des traitements chimiques de la syphilis oculaire a mis en vogue la pyrèthothérapie par le diatherme de Kettering ou par l'impaludation. M. Favory signale les résultats favorables obtenus dans les formes récentes de paralysies oculo-motrices, d'iritis, de névrite, de choroïdite et peut-être l'arrêt évolutif de certains cas d'atrophie optique.

P. CARRETTE.

Traitement endocérébral des manifestations toxiques de la syphilis encéphalique par l'antitoxine tétanique (Tratamiento endocerebral de las manifestaciones tóxicas de la sífilis encefálica por la antitoxina tetánica), par Inocencio B. ANSALDI. *Boletín del Instituto psiquiátrico*, n° 22, p. 51-59, Rosario, 1938.

La syphilis encéphalique se développe par la combinaison de deux processus : l'un destructif, dégénératif, démentiel ; l'autre toxique, confusionnel avec ses éléments délirants et les phénomènes trophiques secondaires. Suivant la méthode de Ducosté, basée sur la notion d'antagonisme entre la toxine tréponémique et l'antitoxine tétanique, l'auteur injecte dans la masse cérébrale, en pleins lobes frontaux, 6.000 unités internationales de sérum. Sans complications dangereuses, il observe, pour deux des trois cas traités, une amélioration rapide des signes réactionnels : retour du calme, meilleur état général, guérison des escarres.

P. CARRETTE.

Sur de nouvelles méthodes de lutte contre le tétanos, séro-vaccination, séro-anatoxithérapie, prévention au moyen des solutions d'antitoxine tétanique, par G. RAMON (*La Presse médicale*, 21 juin 1939).

En dehors de la vaccination antitétanique proprement dite et des vaccinations associées, de nouvelles méthodes de prophylaxie et de traitement spécifiques de la toxi-infection tétanique sont désormais à la disposition des cliniciens. Ces méthodes leur permettent de mener la lutte contre le tétanos avec des commodités de plus en plus grandes, avec des inconvénients réduits et des chances de succès très augmentées.

La *séro-vaccination*, par l'injection simultanée de sérum antitétanique et d'anatoxine spécifique, suivie de plusieurs injections d'anatoxine, permet de faire succéder sans interruption l'immunité active à l'immunité passive, et de protéger ainsi autant qu'il est possible le blessé non encore vacciné contre le risque immédiat ou éloigné du tétanos.

La *séro-anatoxithérapie* du tétanos déclaré par l'injection d'une dose unique et massive de sérum antitétanique et de doses renouvelées d'anatoxine, peut permettre à la fois de contribuer à la guérison et d'éviter ensuite rechutes et récidives.

D'autre part, chez le cheval, par la vaccination à l'aide de l'anatoxine tétanique et l'utilisation de substances adjuvantes, et grâce à des techniques nouvelles d'hyperimmunisation, on peut obtenir la production rapide et intensive de sérum antitétanique destiné à la thérapeutique. Ce sérum, qui possède un pouvoir antitoxique très élevé, a permis la préparation de véritables *solutions d'antitoxine tétanique*, pauvres en protéines, dont l'emploi thérapeutique diminuera la fréquence et la gravité des accidents sériques.

René CHARPENTIER.

Le traitement chirurgical des spasmes vasculaires, par René FONTAINE.
Le Progrès médical, n° 31, 34-35, 36, 37, p. 1093-1095, 1157-1161, 1189-1193, 1221-1226, 30 juillet-10 septembre 1938.

Aucune intervention chirurgicale n'est capable de paralyser un vaisseau. C'est dans sa paroi même que celui-ci trouve son innervation motrice. Ce système intramural n'est pas détruit par l'ablation de l'adventice et d'autre part la vasodilatation post-opératoire n'est jamais paralytique, mais toujours active. L'action thérapeutique, pour être efficace, devra envisager deux sources de modification du tonus : celle du sang, en le débarrassant de ses produits vaso-constricteurs, celle du système nerveux, en cherchant à soustraire le territoire intéressé à l'influence tonique du centre supérieur. C'est ainsi qu'on pourrait tenter la surrénalectomie, mais sa portée pratique est encore nulle et c'est surtout à la section du splanchnique qu'on a recours. Pour les spasmes localisés Leriche effectue la sympathectomie péri-artérielle sous-clavière ou fémorale. Pour les spasmes viscéraux (hypertension, hémiplegie, embolies pulmonaires, angine de poitrine), les infiltrations stellaires sont indiquées. La stellectomie et la résection cervicale sont pratiquées dans les spasmes périphériques du type maladie de Raynaud. Dans l'artérite et la thrombose, M. Leriche a recours à la sympathectomie ou à la résection artérielle. Il est évident que l'indication et la technique restent strictement du ressort de quelques médecins spécialisés.

P. CARRETTE.

MÉDECINE LÉGALE

Accidents et Neurologie. Collaboration du neurologue et du chirurgien dans le diagnostic, le traitement et l'expertise, par le D^r PATHAULT
L'Avenir Médical, avril 1939).

Au chirurgien appartient le traitement opératoire, la réparation des lésions. Au neurologiste appartient le diagnostic exact de la nature et de

la gravité des lésions nerveuses concomitantes, de même que l'indication du traitement, le plus souvent physiothérapique, qui leur convient. Des syndromes d'observation courante, d'interprétation souvent très délicate, demandent un examen très minutieux du système nerveux. M. Pathault rappelle les traumatismes du crâne et le syndrome subjectif des traumatisés du crâne, les lésions du circonflexe dans les traumatismes de l'épaule, les lésions de la région cervicale, de la colonne lombaire, du nerf sciatique.

Pour qu'il y ait trouble nerveux, il n'est pas nécessaire qu'il y ait section, blessure, arrachement, contusion même du tronc nerveux. D'autre part, chaque nerf a, non pas seulement une anatomic topographique, chirurgicale, mais constitue une unité physiologique qui est du ressort de la neurologie. Et la physiologie de la douleur, complexe, comprend la douleur névralgique, mais aussi la douleur physiopathique et des douleurs d'ordre psychique. Les récents travaux de Leriche sur la physiologie de la douleur ont montré le rôle des spasmes vasculaires, des faits de vaso-constriction et de vaso-dilatation sur la nutrition articulaire et sur l'ostéoporose post-traumatique. Au point de vue pratique, ces questions, qui sont du ressort du neurologiste, ont une importance primordiale.

Et l'état d'angoisse, créé par l'incertitude de la solution à intervenir, constitue un facteur d'entretien d'un état pathologique très réel. Les questions d'accident, qui sont de compétence exclusivement médicale, devraient, estime M. Pathault, être confiées à une commission d'arbitrage exclusivement composée de médecins, ainsi qu'on l'a fait pour les blessés de guerre, commission comprenant chirurgiens, neurologistes, physiopathologistes en particulier. Ceux-ci pourraient prendre rapidement, et c'est un point essentiel, « des décisions fermes, révisibles à plus ou moins longue échéance ». L'application mécanique d'un « barème » ne peut engendrer que des décisions trop souvent absurdes et injustes.

René CHARPENTIER.

L'étude de la personnalité du délinquant, par Louis VERVAECK. *Revue de Droit pénal*, 19^e année n° 1, janvier 1939.

La solution des problèmes si complexes de la criminalité exige une connaissance exacte de la personnalité des délinquants. Aussi est-il nécessaire de procéder à un examen complet aux points de vue biologique, criminologique et social. En Belgique, depuis 1920, tous les condamnés ayant à subir une détention de plus de trois mois sont soumis à cet examen au service d'anthropologie pénitentiaire.

Pour connaître la personnalité du délinquant, il faut étudier d'abord les divers éléments qui l'ont formée et développée, ainsi que ceux qui ont pu l'altérer. Le bilan biologique établi, il faut préciser la valeur constitutionnelle du délinquant à l'aide de divers critères : indices constitutionnels, caractères anthropométriques et morphologiques, fonctions endocrinienes, recherche des lésions et symptômes d'ordre pathologique. L'enquête porte également sur le milieu social, qui a présidé au développement intellectuel et éthique du délinquant : milieu familial, conditions de scolarité, éducation, foyer du délinquant marié, vie sociale.

Il faut évidemment attacher une grande importance à l'étude détaillée de la mentalité du délinquant : facultés psychiques, caractère, tendances et instincts, psychométrie, recherche des manifestations pathologiques mentales.

Il est enfin désirable que l'on adopte une même méthode d'examen criminologique, de façon à permettre la comparaison des documentations recueillies dans les divers pays ; un formulaire a même été choisi, en 1937, par la Commission pénale et pénitentiaire internationale ; s'il était adopté généralement il en résulterait un progrès considérable. Nul doute, en effet, que l'étude internationale de la personnalité du délinquant permette de résoudre les problèmes si importants de la genèse et de l'étiologie du crime et des délits.

LAUZIER.

Psychodiagnostic de Rorschach et délinquance (Psicodiagnóstico de Rorschach y Delincuencia), par Julio ENDARA. *Archivos de Criminología, Neuropsiquiatría y Disciplinas conexas*. T. II, n° 1, p. 30-47, Quito, janvier-mars 1938.

Les psychogrammes de Rorschach indiquent qu'un nombre extraordinairement réduit d'individus présente une formule d'intelligence complète. Celle des délinquants est plus spécialement déficitaire. Les caractéristiques sont les suivantes : processus primaires satisfaisants, vie intérieure très pauvre, dispositions pratiques bien développées, surtout pour les travaux de détail, abstraction rudimentaire, abondance de formules de dépression, de pédantisme et de bonne humeur, affectivité émoussée et désordonnée, faible capacité logique. Suivant la nature des délits, la proportion d'intravertis et d'extravertis est variable, mais ces derniers restent beaucoup plus nombreux que les premiers, avec une tendance à la labilité émotive et à la faiblesse du jugement qui expliquent la réaction antisociale.

P. CARRETTE.

Aspects de la délinquance féminine au Chili (Aspectos de nuestra delincuencia femenina), par Guillermo AGÜERO CORREA. *Revista de Psiquiatría y disciplinas conexas*, n° 9, p. 35-53, avril 1938.

En avril 1937 fut créée au Chili l'Annexe criminologique de la Maison centrale de correction pour femmes de Santiago. Un an d'activité a permis au médecin résidant de juger l'activité des différentes sections et de noter les modalités de la délinquance féminine. Le travail, la discipline, la rééducation s'exercent dans les meilleures conditions. L'auteur fait observer que l'essentiel du problème est du ressort de l'Institut de Criminologie et des organismes qui s'y rattachent parce que tout est à entreprendre dans le domaine de la prophylaxie. Les délinquantes sont des déficitaires du point de vue bio-social et la protection des ex-détenues doit s'exercer parallèlement avec l'aide de l'enfance anormale.

P. CARRETTE.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances

La Société Médico-psychologique ne tiendra au mois de JUILLET qu'une seule séance exclusivement réservée à des présentations. Cette séance aura lieu le *jeudi 13 juillet 1939*, à 9 heures 30 *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'Amphithéâtre du Pavillon Magnan.

Conformément à l'article 3 du Règlement, la Société Médico-psychologique ne tiendra pas séance pendant le mois d'AOUT ni pendant le mois de SEPTEMBRE.

La *séance ordinaire* du mois d'OCTOBRE de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 23 octobre 1939*, à 4 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

La *séance supplémentaire* du mois de NOVEMBRE, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 9 novembre 1939*, à 9 heures 30 *très précises*, à l'Asile Clinique (Sainte-Anne), 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'Amphithéâtre de la Clinique de la Faculté de Médecine.

La *séance ordinaire* du mois de novembre de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 27 novembre 1939*, à 4 heures *très précises* au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (XIV^e arrondissement).

Légion d'Honneur

Ministère de la Guerre :

A été promu au grade de *Commandeur* dans l'Ordre National de la Légion d'Honneur :

M. le Médecin-Colonel FRIBOURG-BLANC, *Membre titulaire de la Société Médico-psychologique.*

HOPITAUX PSYCHIATRIQUES

Honorariat

M. le D^r SENGLAR est nommé Directeur administratif honoraire des hôpitaux psychiatriques.

Nominations

Mme le D^r MATHEY-GÉVAUDAN est nommée Médecin-Chef à l'Asile privé faisant fonction d'Hôpital psychiatrique de Plouguernevel (Côtes-du-Nord), poste créé ;

M. PAUTHIER est nommé Directeur administratif de l'Hôpital psychiatrique de Cadillac (Gironde).

Poste vacant

Est déclaré vacant :

un poste de Médecin-Chef à l'Asile privé du Bon-Sauveur, faisant fonction d'Hôpital psychiatrique à Bégard (Côtes-du-Nord).

Association amicale des médecins des Hôpitaux psychiatriques

Le Bureau de l'Association amicale des médecins des Hôpitaux psychiatriques de France est constitué de la façon suivante :

Président : M. le D^r DENAY.

Vice-Présidents : MM. les D^{rs} DESRUELLES et LAUZIER.

Secrétaire : M. le D^r BEAUSSART.

Trésorier : M. le D^r RENAUX.

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

La lutte contre l'alcoolisme. Texte du vœu émis par l'Académie de Médecine

A la suite de la proposition du D^r Jules RENAULT, que nous avons rapportée dans le numéro de mai 1939 (page 963) des *Annales Médico-psychologiques*, l'Académie de Médecine a présenté aux Pouvoirs Publics le vœu suivant :

« L'Académie de Médecine,

Profondément émue par les renseignements récemment apportés à sa tribune et les vœux émanant de Sociétés savantes qui, venues confirmer les craintes émises il y a trois ans par son président actuel, montrent une recrudescence tout à fait alarmante de l'alcoolisme, devenu en France un véritable « danger national » qui impose des mesures urgentes,

Demande instantanément aux Pouvoirs publics :

« 1° *L'application stricte des lois et règlements existants, mais trop souvent négligés, concernant d'une part l'installation des débits de boissons alcoolisées et, d'autre part, les heures d'ouverture de ces débits ;*

« 2° *Une réduction importante et rapide du nombre de ces établissements en France ;*

« 3° *Une réglementation nouvelle des jours et heures d'ouverture de chaque débit ;*

« 4° *La fermeture des débits dans certaines circonstances, telles que grèves et élections. »*

L'Académie réclame, d'autre part, une modification du régime des bouillottes de cru, cause puissante d'alcoolisme dans les campagnes, et une surveillance rigoureuse des fraudes.

Elle demande aux Pouvoirs publics de rétablir un « enseignement antialcoolique officiel », dont le rôle d'éducation sociale serait précieux.

Enfin, devant la recrudescence des accidents (sans parler des crimes) survenant sous l'influence de l'intoxication alcoolique, elle appuie le vœu émis par la Société de Médecine légale de France, concernant une mesure déjà appliquée dans d'autres pays et qui consiste dans la recherche et le dosage obligatoire de l'alcool dans le sang (ou l'urine, etc.) à l'occasion des crimes, des rixes et des accidents de la circulation. »

ASSISTANCE

Conseil Supérieur de l'Assistance publique

Sont nommés *membres du Conseil Supérieur de l'Assistance publique* pour une période de quatre ans :

M. le Professeur PERRENS, Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique de Châteaupicon, à Bordeaux ;

M. TOURNAIRE, Directeur administratif de l'Hôpital psychiatrique de Clermont-de-l'Oise.

NÉCROLOGIE

M. le Professeur BLEULER, professeur honoraire à la Faculté de Médecine de Zurich, ancien Directeur du Burghölzli.

Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.

Imprimé par Imp. A. COUSSLANT (*personnel intéressé*)
à Cahors (France). — 58.732

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

L'ŒUVRE DE CHARLES BLONDEL

PAR

PAUL COURBON



L'œuvre de Charles Blondel, docteur en médecine et docteur ès lettres, professeur de psychologie expérimentale, puis de psychologie pathologique, est imprégnée, dans tous ses éléments, à la fois d'esprit philosophique et d'esprit médical. Prétendre y découper une part exclusivement psychiatrique serait vouloir une mutilation inutilisable, car il professait, avec raison, que la science de l'esprit a pour condition la science du corps et que, pour être un bon psychologue, il faut, sinon être, en même temps, un bon physiologiste ou un bon aliéniste, du moins se tenir au courant des études physiologiques et psychiatriques.

En réalité, il se présente, dans son œuvre, sous trois aspects : celui du constructeur, celui du critique et celui du divulgateur de la pensée d'autrui. On groupera donc, autour de ces trois points de vue, toutes ses publications, volumes et articles, en en résumant les principales et en se contentant d'indiquer le titre des autres.

L'œuvre constructive de Charles Blondel a été pittoresquement définie par son élève Grappe : « L'Introduction de la dimension du collectif en psychologie ». Elle est formulée pour la psycho-

logie normale, dans les ouvrages intitulés : « Volitions », « Personnalité », « Introduction à la psychologie collective », « Intelligence et technique », et pour la psychologie pathologique dans : « La conscience morbide », « Psychologie pathologique et sociologie ». Il faut encore ajouter : « L'objet de la Psychologie ». Cet ordre n'est pas celui de la publication des écrits, mais il est logique, donc plus indiqué pour l'exposition de la pensée de l'auteur.

Les volitions (*Tome VI du Nouveau Traité de Psychologie de Georges Dumas, Alcan, 1939*). — L'acte volontaire est, avant tout, un fait social. Le « Fiat » traduit à la conscience l'influence exercée sur les représentations toujours individuelles et particulières que nous nous faisons des motifs, par les impératifs collectifs qui les pénètrent, en leur infusant leurs forces. La volonté est ainsi avant tout obéissance de l'individu à des ordres qu'il reçoit du dehors. Le plus bel exemple de volonté est celui du soldat qui, en le donnant, donne, en même temps, l'exemple de l'obéissance la plus parfaite. Volonté et raison sont les deux splendides présents que la société dépose dans notre berceau. L'application du système des représentations collectives relatif à la conduite est l'étroit domaine où, chez la majorité des hommes, sauf chez les individus d'élite et chez certains réfractaires, s'exercent l'intelligence et la volonté.

Mais cet acte volontaire a obligatoirement des conditions physiologiques qui sont les mécanismes cérébraux, mécanismes peut-être analogues à des réflexes conditionnés, peut-être différents. Nous ne pouvons pas préciser ce mécanisme physiologique, mais le connaissons-nous, que nous serions bien loin de tout connaître de l'acte volontaire, car on peut fort bien savoir manier une machine en ignorant le mécanisme de ses rouages : le plus habile conducteur d'automobile est quelquefois incapable d'en expliquer le fonctionnement.

Les dégradations de l'activité volontaire réalisent l'automatisme, l'aboulie et l'impulsivité. L'automatisme psychologique normal reste surveillé par la conscience, l'automatisme psychologique morbide ne l'est pas ; néanmoins, surtout chez le dément sénile, il est apte à répondre à certaines des exigences des représentations collectives de la vie sociale. Quant à l'aboulie et l'impulsivité psychasthéniques, elles sont l'expression d'une impuissance du malade à introduire dans son activité mentale l'ordre venu de l'extérieur qui fait la raison et la volonté, à maintenir sa conscience au niveau fixé par la collectivité.

La personnalité (*Traité de Psychologie de Georges Dumas, 2^e volume, Alcan, 1924*). — En cette matière, les faits et les interprétations dont ils sont l'objet font un seul corps. Le moi a pour éléments : a) le mien, c'est tout ce que l'individu peut dire être à lui ; le mien est un concept né au cours de l'expérience infantile du sentiment des pouvoirs que nous avons sur ce qui nous entoure ; b) le corps, c'est l'objet dont la possession nous paraît évidente, car son association à nous est continuelle et nous ne concevons pas sans lui ce que serait notre existence. Les impressions sensorielles, d'une part, d'autre part, les sensations kinesthésiques, statiques, musculaires, articulaires, jointes aux sensations viscérales, sont les éléments qui nous donnent la conscience du corps. Et l'auteur discute le rôle de la cénesthésie dans la pathogénie des troubles de la personnalité physique ; c) le moi, c'est l'ensemble des états psychiques concrets (idées abstraites, sensations, actes, efforts), en lesquels, à tout instant, se réalise notre vie consciente. L'auteur discute la genèse des troubles de dépersonnalisation psychique ; d) le je, c'est le second aspect de la même réalité dont le moi est le premier aspect. C'est, dit l'auteur, le problème le plus tourmenté de la psychologie, et, avec une subtilité que les cadres dont je dispose ne permettent pas de retracer ici, il analyse les circonstances dans lesquelles le « Je » apparaît dans le présent, dans le passé et dans l'avenir ; il discute les cas pathologiques de prétendus dédoublements de la personnalité et les rapports du moi personnel et du moi social.

Introduction à la psychologie collective (*Un volume, Paris, Armand Colin, 1928*). — Cet ouvrage est l'ensemble des conférences qu'il fit en 1926 dans sa première mission en Amérique du Sud. Une analyse détaillée en a été publiée dans cette revue (1). Il divise en trois domaines le champ de la psychologie, science de l'activité des fonctions mentales : celui de la psychologie spécifique ou psychophysiologie, concernant ce que l'individu doit à son organisme et qu'on ne peut étudier que si l'on a une culture biologique complète ; celui de la psychologie collective concernant ce que l'individu doit à son milieu social et qu'on a d'autant plus de facilité à étudier qu'on est plus versé en histoire et en sociologie ; celui de la psychologie différentielle concernant ce que l'individu doit aux particularités de sa constitution psychophysiologique et de son existence sociale.

(1) COURBON. — *Annales médico-psychologiques*, 1928, II, p. 365.

L'auteur démontre, en s'en tenant à la perception, la mémoire et la vie affective, que tous les éléments de ce qui constitue l'objet de la psychologie générale ressortissent, en partie, à la psychologie collective. Cette psychologie collective ne doit pas être confondue avec ce que l'on a appelé la psychologie des foules, ni l'interpsychologie. Les influences du milieu social s'exercent constamment sur l'individu qui en fait partie, même s'il vit solitaire. Les diverses sociétés humaines ont des façons de sentir, de penser et d'agir différentes. Il faut résister au mirage de l'homme universel, sentant, pensant, agissant comme tous les autres, tant qu'on n'aura pas confronté toutes les mentalités collectives pour dégager les caractères qui, éventuellement, leur sont communs à toutes.

Intelligence et technique (*Tome VI du Nouveau Traité de Psychologie de Georges Dumas, 1939*). — Dans cet article, paru depuis sa mort, Blondel précise les conditions de l'édification dans l'être humain, de l'homo-faber qui travaillant sur les choses atteint les techniques scientifiques ; de l'homo-politicus qui travaillant au milieu de ses concitoyens atteint la raison ; de l'homo-sapiens qui, à l'aide de cette raison, atteint les systèmes scientifiques, métaphysiques, moraux et religieux.

Il y a, dans l'homme, une nature psychophysiologique qui est la sensoriomotricité organique, comme chez l'animal. Mais, chez l'homme, cette sensoriomotricité est susceptible de s'épanouir en intelligence par la constitution de systèmes de représentations nées au contact des choses. Ainsi, il arrive à créer des instruments. Cette capacité de faire des instruments est l'expression des virtualités inhérentes à la substance cérébrospinale humaine, à la complexité de la structure du système nerveux humain. Elle est l'intelligence sensoriomotrice qui réalise des représentations matérielles essentiellement différentes par nature et par origine des représentations collectives.

Il y a aussi dans l'homme une nature psychophysiologique qui s'épanouit en une autre forme d'intelligence, par la constitution de systèmes de représentations issues des exigences collectives.

Si primitives que soient les sociétés, elles ont toujours été composées d'individus dont chacun est à la fois homo-faber et homo-sapiens. Pendant des siècles, l'homo-faber se contenta d'agir sans faire de systèmes ; l'acte technique ne se doubla pas d'une théorie lui correspondant, et l'homo-sapiens fut seul à penser en construisant des théories fausses, à l'aide des représentations collectives qu'il recevait. Le primitif, encore aujourd'hui,

fait de bons instruments, mais il croit que leur efficacité leur vient d'influences mystiques étrangères à eux. Sa pensée n'est encore que collective, mystique et prélogique, n'exprimant que les réalités et les nécessités propres au groupe.

L'homo-faber, à la longue des siècles, est arrivé à penser lui aussi et à faire la science véritable, en se dégageant des prétentions de l'homo-politicus, en accordant toujours davantage au profane, à ce qui est matière d'observation sensible et de manière pratique, l'importance et la considération nécessaires. Si bien que, maintenant, l'homo-faber tend à évincer l'homo-politicus et à vouloir remplacer la religion et la métaphysique par la science. Prétention impossible, car la science, par définition, est extérieure à son objet et se contente de considérer les données premières sans les expliquer. Elle ne pourra jamais satisfaire ceux qui veulent connaître le secret de la nature et de l'origine de ces données.

La conscience morbide (*Essai de Psychophysiologie générale, Alcan, 1914*). — C'est par cette thèse présentée en 1914, au doctorat ès lettres, que s'affirma incontestablement la maîtrise de Charles Blondel. C'est par cette œuvre, dit Georges Dumas, qu'il a le plus profondément agi sur la psychologie et la psychiatrie contemporaines. Elle a été analysée en détail ici-même, lors de sa publication par Roger Dupouy (1). On la résumera donc brièvement aujourd'hui :

Toute conscience individuelle a pour objet deux éléments : l'élément cœnesthésique fourni par la masse mouvante, confuse, continue et fluide des impressions venues de la profondeur des organes de l'individu, constituant donc son expérience strictement individuelle ; l'élément sensoriel fourni par les impressions émanant d'objets extérieurs à l'individu, d'impressions qui sont perçues également par tous les autres hommes doués des mêmes sens, impressions constituant donc pour l'individu son expérience collective, c'est-à-dire l'expérience qui est commune à lui et à ses semblables. La conscience de l'individu sain, ou conscience normale, a pour caractère de se détourner de l'expérience cœnesthésique et de ne s'intéresser qu'à l'expérience collective sur laquelle elle peut s'exercer aisément : la société lui fournissant une logique pour l'ordonner en idées et un langage pour l'exprimer en mots.

(1) Roger DUPOUY. — *Annales médico-psychologiques*, 1914, I, p. 738.

La conscience du psychopathe ou conscience morbide est celle où, sous la poussée de la maladie, l'expérience cœnesthésique attire sur soi l'intérêt de la conscience. Pour se formuler et pour exprimer à autrui, les phénomènes d'une expérience strictement individuelle, pour laquelle, par conséquent, la société ne lui a donné ni concepts ni langage, l'individu éprouve de l'angoisse. Et ses efforts pour trouver des idées et des mots capables de s'appliquer à ces états personnels, ineffables par nature, aboutissent à des délires incohérents, polymorphes, contradictoires, à des déformations verbales, à des néologismes plus ou moins absurdes pour l'homme normal qui les écoute. Conclusion : la conscience morbide est une conscience irréductible à la conscience normale. C'est céder à l'illusion normomorphique que de prétendre reconstituer, avec notre vocabulaire et nos règles de penser, les états idéo-affectifs des aliénés. Le clinicien peut fort bien faire un diagnostic et un pronostic exacts, mais non expliquer exactement ce qui se passe. Le principe de l'identité entre le normal et le pathologique affirmé par Cl. Bernard, Broussais, Comte, Ribot, est vrai en tant qu'il reconnaît le pathologique comme aussi naturel que le normal, mais il serait faux s'il prétendait nier qu'ils sont différents.

De même qu'on ne saurait songer à repenser ce que pensent les primitifs, il faut renoncer à ressentir et à repenser ce que pensent et sentent les aliénés. La conscience normale ne peut arriver à s'assimiler des états dont elle n'a pas l'expérience. La mentalité morbide est une mentalité asociale, incapable d'aboutir à la construction de représentations collectives avec le concours des autres mentalités morbides appartenant aux autres individus atteints de la même maladie. Et cette impuissance à conceptualiser et à verbaliser leurs états mentaux morbides empêche d'assimiler les aliénés aux primitifs, les uns et les autres ne se ressemblant que superficiellement par la croyance aux propriétés mystiques des choses et des êtres.

Psychologie pathologique et sociologie (*Journal de Psychologie*, 1925). — Dans cette conférence faite à la Clinique psychiatrique de Paris, il reprend sa théorie de la conscience morbide avec cette modification : il croyait, autrefois, qu'une anomalie cérébrale entraînant une perturbation dans le mode normal de réception des impressions cœnesthésiques était nécessaire pour que les anomalies de la cœnesthésie puissent déterminer des troubles mentaux. Il croit possible désormais, et même probable, que les modifications de l'activité neuro-végétative et des sécrétions internes mo-

diffèrent parallèlement la réception dans son fonctionnement et l'excitation dans sa nature. Le trouble mental résulterait du concours variable en ses proportions, de ces deux ordres de modifications : les unes centrales, les autres périphériques. Par ailleurs, il veut s'expliquer sur l'imputation que lui fait Georges Dumas, de démentir le principe de Claude Bernard sur l'identité du normal et du pathologique. Le normal et le pathologique sont de même nature. Un cœur pathologique est aussi naturel qu'un cœur normal. Mais le fonctionnement du cœur normal est différent du fonctionnement du cœur pathologique. De même, la mentalité civilisée est aussi naturelle que la mentalité primitive. Elles obéissent à des lois de même rang et de même ordre, mais elles fonctionnent différemment. Head, à propos de l'aphasie, distingue justement le trouble vital du trouble mental. La continuité admise en physiologie entre le normal et le pathologique peut, à un certain moment, se traduire par la discontinuité dans les manifestations verbales.

Après avoir opposé la mentalité primitive, telle que la conçoit Lévy-Bruhl, à la mentalité civilisée, il proteste contre l'assimilation, qu'à la suite de Freud, certains psychiatres établissent entre mentalité primitive et mentalité psychopathique. L'explication des troubles mentaux du civilisé, par une régression mentale au niveau du primitif, n'est plus valable pour les troubles mentaux du primitif, car il y a certainement des malades mentaux dans toutes les sociétés. De plus, les psychopathes n'ont jamais réussi à réaliser entre eux des représentations collectives sur les données morbides qu'ils ressentent, ils sont isolés chacun dans son autisme. La mentalité morbide est aberrante, asociale.

La classification des groupes, espèces morbides mises à la disposition de la psychologie pathologique par la clinique, est comparable à la classification des sociétés que la Sociologie met à la disposition de M. Lévy-Bruhl. Mais, il y a des différences essentielles entre ces deux groupes. La communauté des représentations collectives des individus d'un groupe social, leur vient des institutions sociales. La communauté des troubles mentaux des individus d'une espèce clinique leur vient de l'identité des perturbations organiques.

La psychologie pathologique doit se baser sur la clinique qui lui permet de savoir où elle est, où elle va, et au fond, de quoi elle parle. Elle lui empruntera la classification des espèces morbides. En raison de la distinction clinique entre états démentiels et psychoses, elle évitera, en principe, d'établir, entre eux, des rapprochements. Elle se permettra de prudentes comparaisons

entre les psychoses dites constitutionnelles, car les constitutions morbides ne sont pas toujours uniques chez le même individu où elles peuvent s'interférer. Elle évitera l'hystérie tant que les cliniciens ne seront pas d'accord. Elle se méfiera des nouveautés cliniques. Enfin, elle étudiera les groupes et non les individus et, par conséquent, sacrifiera l'anecdotique et le pittoresque pour ne retenir que le révélateur.

L'objet de la Psychologie (*Exposé de titres pour une Chaire de Psychologie expérimentale et comparée au Collège de France. Imprimerie Taffin-Lesort, Paris-Lille, 1934*). — Dans cette minuscule brochure qui, malheureusement, ne réussit pas à convaincre le Collège de France, de maintenir une chaire, illustrée, jusque là, par Ribot et Janet, il définit la Psychologie, définition qu'il avait déjà esquissée, en 1929, dans les Conférences de sa deuxième mission, en Amérique du Sud.

L'objet de la Psychologie ne peut plus se définir en termes de conscience, il est l'étude des réactions globales des organismes à leur milieu. Mais, si les faits mentaux ne sont pas les réactions uniques que la psychologie ait à étudier chez un être, du moins en sont-ils, chez l'homme, les plus essentiels, car il n'est guère de conduite humaine qui ne soit déterminée par des sentiments, des idées ou des intentions ; il n'est pas de langage sans des choses signifiées, choses qui ne sont pas seulement des objets extérieurs et des qualités de ces objets, mais qui sont aussi des états intimes et des nuances de ces états.

Retenir ces faits mentaux et les prendre pour objets d'étude, même en employant le mot esprit pour en dénommer l'ensemble, n'est pas plus faire de la métaphysique que n'en fait le physicien qui traite de la matière et de ses états.

En conséquence, le psychologue, tout en continuant à pratiquer la méthode objective qui a été déjà si féconde, doit reconnaître qu'elle n'explore pas la totalité de l'objet qu'il étudie et que l'introspection est nécessaire. C'est, en effet, l'homme tout entier que la psychologie étudie. Aussi n'est-il, peut-être, guère de science qu'elle n'intéresse, et n'en est-il, sûrement, aucune à laquelle elle-même ne s'intéresse, depuis les mathématiques jusqu'à la biologie : histoire, préhistoire, ethnographie, sociologie, linguistique, esthétique, sciences juridiques et économiques, sont avec elle en perpétuelles relations d'échanges. Selon la nature des informations qu'elle utilise, selon l'emploi qu'elle en fait, elle est psychologie physiologique, psychologie de l'enfant, psychologie pathologique, psychologie du primitif, psychologie collective, psychologie

différentielle, psychologie criminelle et judiciaire, psychologie commerciale, psychotechnique.

Stimulations et contraintes psychologiques (Chapitre I, Section D du VIII^e volume de l'*Encyclopédie Française*, de Monzie et L. Febvre). — Malgré son extrême brièveté, ce minuscule article de 7 pages doit être résumé ici, car il a le singulier prestige de représenter toute la part confiée à Charles Blondel, dans ce conclave de savants.

De tous temps, la rue où chacun se rencontre et se parle a été, et depuis peu de temps, le journal que chacun lit est devenu, agents de contrainte sur l'individu. Ils le forcent à participer à la vie de maints autres groupes que celui des individus vivant autour de son propre foyer, et à subir d'autres contraintes que celle du labeur nécessaire à assurer son existence personnelle.

De plus en plus, la société, en limitant le nombre des heures de travail, libère de cette obligation de labeur lucratif une plus grande partie de l'activité de l'individu. Mais, en revanche, elle tend à imposer sa propre contrainte à cette activité libérée, en dirigeant l'emploi. En effet, elle présente à l'individu, comme des plaisirs, deux sortes de conduite : les unes, véritables « obligations-satisfactions », sont des participations à des espèces de devoirs collectifs (collaborations à des solennités familiales, professionnelles, nationales, militaires, civiques, politiques, etc...) ; les autres, véritables « distractions-libérations », sont des évasions dans des occupations totalement différentes de ces devoirs collectifs (pratique de la lecture, des jeux, de la danse, des sports, fréquentation des cafés, des théâtres, du music-hall, des cinémas, usage de la radio). — De la sorte, le plaisir devenant une partie essentielle de l'existence, un droit nouveau s'est affirmé : le droit au plaisir, à tous les plaisirs, droit qui bientôt aura pour corollaire le devoir, pour chaque individu, de prendre du plaisir.

Après avoir exposé cette genèse du « plaisir-obligation » dans la société contemporaine, l'auteur arrive à cette conclusion : l'homme ressemble à certains animaux parce qu'il vit dans la société de ses semblables, et il ressemble à tous, parce qu'il a besoin, comme eux, de repos et de sommeil. Mais il se distingue des animaux parce que les sociétés qu'il forme avec ses semblables sont toujours organisées, c'est-à-dire ont une hiérarchie et une discipline, et parce que son repos n'est pas inertie, c'est-à-dire n'est pas suspension complète d'activité.

Le travail de l'animal n'a que deux objectifs : la nourriture et le rapprochement sexuel. Le travail de l'homme en a encore d'au-

tres. Le repos de l'animal est inertie : c'est le repos absolu. Le repos de l'homme est activité, mais activité devenant jeu : ce n'est pas un repos, c'est un loisir. Cette activité de loisir reprend les thèmes de l'activité, de travail que Blondel appelle activité efficace, et les donne en spectacle à l'individu lui-même. Au théâtre et au cinéma, c'est le spectacle des émotions et des désirs; dans les sports, c'est le spectacle des défaites, des victoires et du risque ; au bridge, aux échecs, aux mots croisés, c'est le spectacle des tactiques mentales. En occupant ainsi son loisir, l'homme s'évade de lui-même et se détend. Sans cette évasion, entre deux labeurs, l'homme éveillé ne saurait que ruminer sur le passé et l'avenir.

L'œuvre critique de Charles Blondel s'adresse uniquement aux doctrines dont il peut démontrer l'erreur. Il recourt volontiers à l'ironie, mais jamais à la méchanceté. Et sa condamnation de ce qu'il y a de mauvais dans une thèse ne l'empêche pas de rendre hommage à ce qu'il lui découvre de bien. Cela est évident à propos de Gall. Au nom de ce qu'on pourrait appeler familièrement « le principe de la non confusion des genres », il refuse d'étendre la maîtrise d'un auteur au delà du domaine où sa compétence est réelle. Et les affirmations d'un sociologue en matière de biologie, il les rétorque avec la même énergie documentée que les affirmations de la rêverie métaphysique du médecin qui n'applique pas une méthode scientifique à l'observation des faits sur lesquels il s'appuie.

Dans tous ses articles, perce son sens critique. Mais il domine surtout dans la « Psychophysiologie de Gall », « La Psychanalyse », « L'activité automatique et l'activité synthétique », « Les réflexions sur la schizophrénie », « Le suicide », « L'activité automatique et l'activité synthétique ».

La Psychophysiologie de Gall (*Alcan, 1 volume de la Bibliothèque de Philosophie contemporaine, 1914*). — Cet ouvrage consacré à une partie de l'œuvre de Gall qu'Auguste Comte considère comme le véritable fondateur de la psychologie positive est, en réalité, une critique moins de la théorie de Gall lui-même, qui avait le mérite d'être un novateur, que de toutes les théories anatomo-physiologiques de la vie mentale qui supposent leur postulat démontré. Gall a eu le mérite de considérer la perception, la mémoire, l'imagination, l'attention, le jugement, le désir, la passion, non comme des facultés distinctes, mais comme des

attributs communs à tous les penchants de l'âme. Celle-ci est dans la dépendance d'organes matériels, organes localisés dans le cerveau.

Entre les représentations anatomo-physiologiques de la vie mentale que nous rencontrons dans les auteurs contemporains, et celle que Gall a proposée, il y a, sans doute, des différences de détail, mais le plan et les lignes générales en sont restés identiques. De part et d'autre, l'évidence physiologique, ou ce que l'on s'entend à considérer comme tel, prend une telle importance qu'elle tient lieu de données anatomiques. Ainsi, Gall procède parfois à des localisations sans tenir compte des révélations de sa craniologie. Ainsi, de nos jours, on nous propose, comme une explication satisfaisante, des centres et des faisceaux d'association dont il ne reste à déterminer que la place et le trajet, c'est-à-dire précisément les titres à l'existence anatomique.

La Psychanalyse (1 volume, Alcan, 1924). — Cet ouvrage a été analysé, en détails, dans cette revue (1). Le résumé sera donc ici très court. Il met en évidence l'inanité de la documentation clinique sur laquelle est basée cette théorie, les malades de la catégorie appelée hystérique sur lesquelles Freud recueillit ses observations à la fin du siècle dernier, ayant été reconnues, depuis, avoir été des mythomanes et des suggestibles. La valeur de l'effet curatif de l'explication fournie par le médecin au malade psychanalysé est problématique, puisque les mêmes guérisons arrivent spontanément ou sont obtenues par d'autres méthodes, dans les mêmes délais. La méthode est désastreuse quand cette explication de sa maladie par des actes sexuels inconscients, mais contraires à ses principes moraux ou religieux, est donnée à un être scrupuleux et émotif. Cette conception pansexualiste confond le sexuel avec le sensible ; elle méconnaît la transformation radicale et irréversible de l'état appelé de l'inconscient dans le conscient, transformation qui rend impossible la reconstitution exacte du passé de cet état ; les faits les plus grossiers lui infligent des démentis, comme celui de la formation du complexe d'Œdipe chez l'orphelin élevé au biberon ; elle érige le coq-à-l'âne, le jeu de mots, l'à-peu-près en principes directeurs de l'instigation.

Quelques réflexions sur la schizophrénie (*Travaux de la Clinique psychiatrique de l'Université de Strasbourg, 1931*). — C'est

(1) COURBON. — *Annales médico-psychologiques*, 1924, I, p. 88.

une histoire du concept démence depuis Esquirol pour qui les délires partiels qu'il appelait monomanies, la manie et la démence, n'étaient pas des entités morbides. C'étaient des genres d'aliénations qui pouvaient coexister ou se succéder chez le même sujet, mais qui se distinguaient les uns des autres par leurs particularités cliniques différentes. Son élève Georget décrit la manie comme pouvant être la fin de n'importe quel genre de folie et la suite de l'apoplexie ou de la vieillesse. Jean-Pierre Falret trouve artificielle la classification d'Esquirol, mais s'en contente provisoirement car l'anatomie pathologique et l'étiologie sont encore inexistantes. Il insiste sur l'importance du fonds mental, de l'ensemble des symptômes et de leur évolution pour établir une classification. Bayle décrit la paralysie générale qui aboutit à la démence. L'épithète de vésanique sert à qualifier la démence qui termine les autres genres d'aliénation mentale. Leuret, en opposant les incohérents chez qui il y a simplement perte du pouvoir de diriger les facultés, aux déments chez qui il y a perte des facultés elles-mêmes, ébauche la séparation que l'on établira plus tard entre schizophrènes et déments. Baillarger fait une distinction analogue entre démence incohérente et démence simple. Magnan fait de la démence vésanique un élément de l'unité délire hallucinatoire chronique.

La psychiatrie française en était arrivée à dégager ces trois idées : la démence vésanique peut être quelquefois primitive ; elle peut être pronostiquée ; elle diffère nettement de la démence organique, lorsque Kræpelin, dont Sérieux vulgarisa la conception en France, proclame que la démence vésanique, c'est-à-dire la démence prétendue secondaire aux psychoses, est, en réalité, toujours primitive : c'est la démence précoce. Ainsi, la maladie mentale ne change pas mystérieusement de nature. — Bleuler, élève de Kræpelin et de Freud, fait appel aux conceptions psychanalytiques et découvre des intentions profondes à l'activité mentale de certains malades qui ont de l'autisme et non de l'anidéation. Il décrit la schizophrénie. Avec celle-ci, reparait le problème de la démence vésanique, car certains schizophrènes arrivent à la démence et d'autres n'y arrivent pas. Claude, pour résoudre la difficulté, fait une division entre la démence précoce type Morel, d'origine organique, et la démence schizophrénique d'origine constitutionnelle. Bleuler pourrait répartir en disant qu'il n'y a pas une, mais des schizophrénies. Mais la division en paranoïde, catatonie, hébéphrénie et schizophrénie simple, si elle répond à des besoins pratiques, n'a rien d'une classification naturelle.

On voit comment de sérieuses divergences d'orientation doctrinale répondent à des querelles apparemment futiles de terminologie.

Le suicide (1 volume, *Librairie Universitaire, Strasbourg, 1933*). — Cet ouvrage, qui a été longuement analysé dans cette revue (1), est une critique des empiétements de la Sociologie sur la Biologie. Les faits sociaux peuvent être la cause occasionnelle des troubles mentaux, mais ces troubles mentaux sont des phénomènes psychophysiologiques, et, par conséquent, irréductibles, de par leur nature même, à la sociologie. Le social se fait avec des individus en chair et en os, comme le vivant se fait avec de l'inanimé ; ce n'est pas une raison pour confondre social et chair, vivant et inanimé. L'individu est une unité à la fois biologique et sociale. Et, au fond, le social a ses conditions d'appel et n'existe qu'autant que le physiologique l'admet. Pour qu'il y ait une société, il faut d'abord qu'il y ait des hommes. Le suicide a sa condition essentielle dans la constitution psychophysiologique du sujet. Il y a deux groupes de suicides. Celui où le fait social n'est pour rien du tout dans son déterminisme : c'est le suicide des aliénés ; celui où le fait social est pour beaucoup, mais n'est pas tout : c'est celui des déséquilibrés.

L'activité automatique et l'activité synthétique (*Nouveau Traité de psychologie, par Georges Dumas, Alcan, 1934*). — L'activité mentale se présente sous trois aspects : a) Celui de s'exercer dans une direction voulue, c'est ainsi que s'organisent nos actes vers un but ; c'est l'aspect finaliste ou organisé ; b) Celui de s'exercer sans effort, mais non malgré notre volonté, c'est l'aspect spontané ; c) Celui de s'exercer suivant des mécanismes habituels, c'est l'aspect mécanique ou mécanisé.

La notion de synthèse en psychologie est fondée sur le premier aspect. Elle n'a rien de précis. La synthèse associationniste de fusion ne ressemble pas à la synthèse de coordination attentive qui ne ressemble pas à la synthèse sans combinaison, ni éléments d'un Dewelshauvers. — La notion d'automatisme est fondée sur les deux autres aspects. Elle n'est guère plus précise. En mécanique, le mot automatique signifie machinal et n'est pas, comme en biologie, synonyme de spontané. Les psychiatres l'emploient, à la fois, au sens des mécaniciens et au sens des biologistes. Baillarger considère que la libération des processus automati-

(1) COURBON. — *Annales médico-psychologiques*, 1933, II, p. 424.

ques, par la disparition des pouvoirs supérieurs de synthèse et de contrôle, est à l'origine des troubles mentaux. De Clérambault considère, au contraire, que l'automatisme mental pathologique n'a rien de commun avec l'automatisme mental normal de Baillarger qui fut celui de Janet, et qu'il est le produit spontané de la lésion cérébrale, cause du mal.

En somme, les processus psychiques ne peuvent s'exprimer exactement en termes empruntés directement ou indirectement à la mécanique ou à la chimie.

Son œuvre de divulgation de la pensée scientifique d'autrui est constituée par quelques brochures et surtout par les admirables comptes rendus, qu'il publia dans diverses revues, d'ouvrages auxquels il reconnaissait une valeur réelle.

Dans l'article nécrologique qu'il écrivit pour l'Annuaire de la Fondation Thiers, le professeur au Collège de France, Etienne Gilson, émet ce jugement sur la bonté avec laquelle Charles Blondel négligeait ses propres travaux pour faire connaître les travaux des maîtres ou des rivaux qu'il estimait. « On l'a vu accepter, par amitié pure, d'exposer les idées d'autrui et le faire avec un désintéressement qui tient du miracle. C'est que, s'il réussit en bien des choses, il excella, tout particulièrement, dans l'art de l'amitié. »

Sa lumineuse intelligence réussissait toujours à dissiper les obscurités d'un texte, la pensée d'un auteur présentée par lui est souvent plus claire que présentée par l'auteur lui-même. Ses comptes rendus sont les meilleures lanternes à emporter pour franchir les nébuleux labyrinthes des spéculations métaphysiques de certains médecins.

Voici la liste des publications qu'il a consacrées à :

— Lucien Levy-Bruhl, celui de ses maîtres dont l'influence fut, sur lui, la plus grande : La mentalité primitive (*Un petit volume de 123 pages, chez Stock, 1926*). — Les fonctions mentales dans les sociétés inférieures (*Journal de psychologie, 1910*). — L'âme primitive (*Revue de Métaphysique et de Morale, 1928*). — Le surnaturel et la nature dans la mentalité primitive (*Revue de Métaphysique et de Morale, 1932*). — La mythologie primitive (*id., 1936*). — L'expérience mystique chez les primitifs (*id., 1939*).

— Henri Wallon : Le délire chronique d'interprétation (*Journal de Psychologie, 1909*). — Un nuevo punto de vista sobre la emoción : Théorie du D^r H. Wallon (*Humanidades La Plata, 1926*). — L'enfant turbulent (*Revue philosophique, 1927*).

— Henri Piéron : Le cerveau et la pensée (*Année psychologique*, 1923).

— Pierre Janet : Croyance et extase (*Revue de Métaphysique et de Morale*, 1928). — Psychologie des sentiments (*Revue de Métaphysique et de Morale*, 1933).

— Maurice Halbwachs : Cadres sociaux de la mémoire (*Revue philosophique*, 1926).

— Eugène Minkowski : La schizophrénie (*Revue philosophique*, 1929).

— Paul Guillaume : Psychologie de la forme (*Revue philosophique*, 1938).

— E. Baudin : La Morale (*Revue philosophique*, 1939).

— Ed. Claparède : La genèse de l'Hypothèse (*Archives de psychologie et Revue philosophique*, 1936).

— Piaget : Le langage et la pensée chez l'enfant (*Revue d'histoire et de philosophie religieuse*, Strasbourg, 1924).

— Paul Lecène : Avant-propos du livre posthume de l'illustre chirurgien, qu'il fit éditer en l'intitulant : Fragments philosophiques (Paris, Vrin, 1931).

— Proust : La psychographie de Proust (1 volume, Vrin, 1932). — Hétérogénéité du réel et Réalité (*Revue philosophique*, 1931). — Marcel Proust et l'immensité mentale (*id.*, 1931).

— Von Monakoff et Mourgue : Introduction biologique à l'étude de la Neurologie et de la Psychopathologie (*Journal de Psychologie*, 1930).

— Marc Bloch : Les rois thaumaturges (*Journal de Psychologie*, 1924).

— Morlaas : L'apraxie (*Journal de Psychologie*, 1929).

— Camus et Pagnez : Isolement et Psychothérapie (*Revue philosophique*, 1904).

— Antheaume et Dromard : Poésie et folie (*Revue philosophique*, 1938).

Qui veut connaître toute la pensée de Charles Blondel doit avoir lu les analyses pénétrantes des œuvres que nous venons de citer, car son maniement des idées des autres fait jaillir maintes idées personnelles du plus haut intérêt.

Ses autres publications en français, anglais ou espagnol pourraient se répartir dans les trois cadres de construction, de critique et de divulgation, ci-dessus décrits. Faute de place, nous ne pouvons que les citer :

Note sur l'automutilation individuelle (*Journal de Psycholo-*

gie, 1907). — Psychonévroses et psychothérapie (*Revue de Paris*, 1907). — Les médecins et la responsabilité (*Revue de Paris*, 1908). — La conscience morbide (*Journal de Psychologie*, 1923). — The morbid mind. (*Psyche Londres*, 1926). — The troubled conscience and the hisanc mind. (*Kegan Paul, Trench. Trubner Londres*, 1928). — L'activité mentale selon Freud (*Revue philosophique*, 1923). — Critica de la Inconsciente Freudiano (*La Nacion, Buenos-Ayres*, 1926). — La psychologie selon Comte, Durkheim et Tarde (*Journal de Psychologie*, 1927). — La Actividad automatica y la Actividad suitetica (*Humanidades, La Plata*, 1929). — Vie Intérieure et Psychologie (*Libre, février* 1931). — A propos des mouvements volontaires (*Travaux de la Clinique psychiatrique de Strasbourg*, 1936). — Stimulations et contraintes psychologiques (*Encyclopédie française, VIII^e volume*). — Cénesthopathie à localisation céphalique, avec Paul Camus (*Encéphale*, 1909). — Débilité mentale et délire d'interprétation, avec G. Deny (*Encéphale*, 1909, et *Journal de Psychologie*, 1910). — Paranoïa et Hallucinations (*Encéphale*, 1910, et *Philosophes et savants français du xx^e siècle. Extraits et Notices IV, la psychologie par Essertier, Alcan*, 1929). — Hérédo-syphilis, tabès fruste, avec Maillard (*Encéphale*, 1911). — Délire systématisé de transformation et de négation d'organes chez une intermittente (*Encéphale*, 1912). — Manie et hypomanie séniles (*Encéphale*, 1912). — Mélancolie avec délire de négation (*Encéphale*, 1912). — Un cas de vagabondage chez un paranoïaque (*Encéphale*, 1913). — Accès mélancolique avec état obsédant, avec G. Deny (*Encéphale*, 1913). — Interprétations et réactions de défense, avec A. Péliissier (*Encéphale*, 1914). — Le délire des gouvernantes, avec P. Camus (*Congrès des aliénistes et neurologistes de Nantes*, 1909). — La scatophilie (*Congrès des aliénistes et neurologistes de Bruxelles*, 1911). — Troubles de l'humeur, obsessions, impulsions et interprétations délirantes chez une débile mentale (*Journal de Psychologie*, 1909). — Un essai infructueux de détermination psychoclinique du degré de l'activité intellectuelle (*Journal de Psychologie*, 1910). — La documentation psychiatrique dans l'intelligence de Taine (*Congrès de philosophie*, 1921, et *Journal de Psychologie*, 1924). — Un cas d'écriture en miroir, avec Chavigny (*Gazette médicale et Revue d'Hygiène sociale de Strasbourg*, 1922). — Taine, sa vie et sa correspondance (*Bulletin critique*, 25 septembre 1902).

Il convient d'ajouter encore le Discours illustré par maints souvenirs de son temps de lycéen à Charlemagne, qu'il fit à la séance de distribution des prix du Lycée d'Haguenau (Impri-

merie d'Haguenau, 1929), ainsi que son exquise réponse aux adieux pleins d'émotion que lui adressèrent ses élèves, quand il quitta Strasbourg (*Istra Strasbourg*, 1937). Dans cette réponse, il fait l'apologie des qualités qu'il considère comme essentielles : la lucidité intellectuelle, la probité scientifique et professionnelle, l'optimisme, la gaieté et l'esprit, justifiant ainsi le surnom que ses étudiants d'Alsace lui avaient donné : « Charles Blondel, ou le sourire de la Raison. »

Telle est l'énumération, que je crois complète, des publications de Charles Blondel. L'analyse concise jusqu'à la mutilation, faite de phrases coupées dans le texte et exempte d'appréciation, qui suit le titre de certaines d'entre elles, n'a d'autre prétention que d'inciter à la lecture d'une œuvre que j'ai entendu, en partie, taper à la machine par son auteur ; car chacun de nous, à Stéphanfeld comme à Strasbourg, à Paris comme à Vaucluse et à Guéthary, réservait une place à l'autre, dans son cabinet de travail.

Dans la notice nécrologique que la Direction des Annales de l'Université de Paris me fit l'honneur de me demander, il est démontré que la vie de Charles Blondel avait été la triple incarnation de la Sagesse, du Devoir et de la Bonté. Les trois directions dans lesquelles s'orienta son œuvre nous fournissent une nouvelle preuve de cette incarnation. Le constructeur des conceptions de la Conscience morbide, de la Psychologie collective et de l'objet de la Psychologie était guidé par la Sagesse. Le critique qui n'hésitait pas à compromettre sa popularité dans l'attaque des erreurs régnantes obéissait au Devoir. Et c'est la Bonté qui animait le zèle du charmant divulgateur de la pensée scientifique de ses amis.

PENSÉE AFFECTIVE ET PSYCHOPATHOLOGIE

PAR

J. BURSTIN

L'accord est à peu près unanime sur le rôle capital joué par l'affectivité dans la genèse de diverses manifestations morbides, telles qu'on les observe en psychopathologie. Aussi nous est-il apparu de première importance d'examiner ce fait d'un peu plus près et d'essayer, dans la mesure du possible, de projeter sur lui quelque lumière.

Presque toujours, sauf dans les travaux de Freud et de ses élèves, mais là les faits sont souvent sollicités pour confirmer une doctrine, on se contente de montrer d'une façon très générale l'influence sur la naissance ou sur l'évolution de tel ou tel symptôme, de tel ou tel syndrome de ce à quoi on donne le nom global et peu précis d'affectivité. Une fois ce rapport établi, on s'arrête. Or, à notre avis, c'est justement à partir de ce moment que l'intérêt de la question, autant pour la psychologie normale que pour la psychopathologie, devient considérable et d'une importance primordiale pour l'intelligence de la pensée.

On répète souvent, sans préciser davantage, qu'on peut passer de la pensée normale à la pensée morbide par toutes sortes de transitions presque insensibles et qu'entre elles, ce serait une question de degré et d'intensité ; celle-ci renfermant exactement les mêmes éléments que celle-là. Ce sont précisément ces passages et ces variations d'intensité qui sont importantes, et c'est à leur étude que nous nous proposons de contribuer.

Les troubles de la vie mentale peuvent être étudiés de deux manières différentes. On peut s'attacher à la recherche des causes anatomiques, physiologiques, etc., dont ces troubles ne seront que la traduction. On peut aussi les soumettre à un examen psychologique. Toute notre formation scientifique nous porte vers la première de ces méthodes. Mais qu'on le veuille ou non, jusqu'à nouvel ordre, les termes de la clinique psychiatrique,

sauf de rares exceptions, sont et restent psychologiques. Ce n'est pas en effet une explication que de rattacher en bloc à une lésion anatomique plus ou moins hypothétique un phénomène morbide complexe qui suppose un trouble profond dans une multitude des fonctions hiérarchisées et qui, par cela même, implique la participation de tout le psychisme. Ce n'est pas une explication parce que cela ne permet pas d'avancer dans la compréhension du fait psychique. Bien au contraire, cette manière de procéder empêche tout progrès en donnant comme résolus des problèmes où tout reste à résoudre. (Rappelons, à titre d'exemple, l'aventure arrivée à l'aphasie). Il faut d'abord distinguer et dégager, de la complexité et de l'enchevêtrement inouï des faits psychologiques, le relativement simple du complexe, le primaire du secondaire, la cause de l'effet. Ce n'est qu'après ce travail préliminaire, qu'on pourrait entreprendre, avec quelques chances de succès, la recherche des mécanismes anatomo-physiologiques ou autres.

Notre étude sera donc aussi, par la force des choses, psychologique ; cela ne veut pas dire spéculative. La psychologie moderne, il n'est pas inutile de le souligner ici, n'est plus spéculative. Grâce à ses méthodes d'investigation, elle est en train de devenir une véritable science. Comme n'importe quelle science, elle s'applique à soumettre à l'épreuve de la vérification les affirmations qu'elle est amenée à émettre.

Une des méthodes de vérification, à vrai dire indirecte, est la similitude, sinon la concordance, des résultats obtenus, dans les différents secteurs de la psychologie, par des travailleurs poursuivant leurs recherches en toute indépendance et souvent même s'ignorant mutuellement. Cette méthode, la méthode comparative, est dès aujourd'hui en mesure d'éclairer des recoins de la vie mentale restés jusque-là dans l'obscurité et de contribuer ainsi à la solution des problèmes qui se trouvent, comme par hasard, être des plus ardues mais aussi des plus passionnants.

C'est d'une telle méthode que nous nous inspirerons dans ce travail. Dans la première partie, nous esquisserons, à l'aide de matériaux pris à dessein dans les domaines les plus divers de la psychologie, ce que nous désignons sous le nom de « pensée affective ». Ceci permettra, dans une seconde partie, d'aborder l'étude de différentes manifestations cliniques qu'on rattache par intuition plutôt que par raisonnement à l'affectivité. La première partie de ce travail, où l'on sera aussi bref que possible, sera donc purement psychologique.

I. La pensée affective en psychologie normale

La pensée rationnelle offre certains aspects bien déroutants, voire paradoxaux. Si l'on nous permet une comparaison empruntée à la physique, nous dirons que cette pensée peut être représentée par un vecteur dirigé vers le dehors. Par ses soins, l'impression première, le sensible et l'immédiat, est passée au crible de la critique ; le subjectif est distingué de l'objectif ; autrement dit, le moi est séparé du non-moi. Une limite très stricte est tracée entre ce qui ressort de l'objet et ce qui n'est que réaction et attitude du sujet. Les éléments les plus impressionnants de la perception ne sont pas fatalement reconnus comme les plus importants ; le visible et l'immédiat ne sont jamais envisagés que par rapport à l'invisible et au médiat. L'échelle des valeurs rationnelles est différente de l'échelle des valeurs sensibles. Ainsi, la pensée conceptuelle n'arrive à se manifester que dans la mesure où elle se dégage des apparences et de l'emprise du sensible, dans lequel elle a pourtant sa source et dont elle tire toute sa subsistance. On peut dire que la pensée rationnelle est, dans une certaine mesure, un effort de nous dépasser nous-mêmes, un effort en vue d'élargir les limites qui nous sont assignées par la nature même de nos sens. Elle crée ainsi un monde d'entités et de relations axées sur la notion « chose », d'où le point de vue « sujet » se trouve rigoureusement éliminé. On conçoit de prime abord ce que cette pensée offre d'exceptionnel et ce qu'elle demande d'exceptionnel pour se réaliser.

Il n'en est pas de même de notre pensée spontanée. Elle est toute différente, et du point de vue qui sera développé par la suite, elle est en opposition quasi-complète avec la précédente.

L'enfant croit que le soleil est fait pour le chauffer, que les astres et la lune avancent pour nous éclairer. Il affirme, par exemple, que la vitre « a de la force » parce que « ça peut couper » ; l'eau de lac a de la force dans certains cas : « le lac, les pierres, on peut aller se baigner et ça peut nous faire mal » (Piaget).

Un malade agnosique de Gelb et Goldstein, atteint d'amnésie de couleurs, ne sait plus choisir parmi les échantillons une couleur donnée (par exemple, rouge, bleu, etc.), mais sait le faire dès qu'on lui dit de chercher la couleur des fraises mûres, de la boîte-aux-lettres, du billard, etc.

Un fait relevé déjà par Jackson s'apparente à cette observation : l'aphasique peut avoir conservé, par exemple, l'usage du mot « non » comme interjection et ne pas savoir l'employer en tant que jugement.

D'après les conceptions magiques de primitifs, un guerrier blessé par une flèche peut trouver un soulagement à ses souffrances en déposant cette flèche dans un endroit frais.

Pour la pensée mythologique, les quatre points cardinaux de l'espace ont des significations différentes. Ainsi l'Est, par exemple, où le soleil se lève, est la source de la vie, l'Ouest, où il se couche, est le domaine de la mort.

On peut rapprocher de ce symbolisme de l'espace le symbolisme traditionnel des saisons. Les poètes de tous les temps traduisent la jeunesse par le printemps, la vieillesse, la mort, par l'automne et l'hiver.

Nous disons encore actuellement d'un temps qu'il est triste ou gai suivant qu'il nous rend tristes ou gais.

Nous avons tenu à multiplier ces exemples et c'est à dessein que nous les avons pris dans des domaines aussi variés. Pourtant, malgré toute leur diversité, malgré tout ce qui paraît les séparer, malgré leurs différents degrés de complexité, ils sont néanmoins de multiples manifestations d'une attitude mentale identique. Ils témoignent d'une élaboration et d'une conception de l'univers, qui ne sont pas du tout celles de la pensée logique. On se trouve ici en présence, on va le voir dans la suite, d'un monde axé sur la notion sujet ; tout se voit et s'envisage sous cette incidence. Le vecteur, par opposition avec la pensée rationnelle, est ici franchement pointé vers le dedans. C'est cette pensée, ainsi définie, que nous appellerons pensée affective. Nous nous proposons d'étudier, dans la première partie de ce travail, le mécanisme de cette pensée et de montrer que c'est là notre manière spontanée d'assimiler le réel. L'autre, la pensée rationnelle, dérive d'elle et demande, pour se réaliser, un processus complexe d'élaboration secondaire.

La pensée affective ne voit la réalité que par rapport à l'individu, elle ramène tout à lui.

D'après Piaget, l'enfant, jusqu'à l'âge de sept ans, est incapable de montrer la main gauche ou la main droite d'une personne placée en face de lui. Pourtant, à cinq ans, il distingue parfaitement sa main gauche de sa main droite, mais ces qualificatifs ont pour lui « un sens absolu ». Ce sont des noms des mains et des objets orientés d'une certaine façon par rapport à son propre corps.

Jusqu'à l'âge de dix ans, « les trois quarts des enfants » n'arrivent pas à indiquer le nombre des frères et des sœurs qu'ils sont dans leur famille et combien de sœurs et frères a chacun de leurs frères et sœurs. Autrement dit, l'enfant n'arrive pas à se représenter qu'il est frère ou sœur par rapport à ses frères et sœurs (Piaget).

On peut faire des constatations identiques chez les aphasiques étudiés par Gelb et Goldstein.

Un malade de ces auteurs sait très bien, quand il a les yeux ouverts, montrer le haut, le bas, la droite, etc. ; il devient incapable de le faire dès qu'on lui ferme les yeux. De même, couché sur le divan, il lui est impossible de désigner le haut et le bas. A l'examen, on s'aperçoit que le malade n'a aucune notion du concept « bas », « haut », « droit », etc... « En haut » signifie pour lui le plafond, la lampe, le ciel ; « en bas », c'est le parquet ; « à droite », c'est la main qui écrit ou qui tient le rasoir ; à « gauche », c'est la main qui ne sait ni écrire ni raser.

Le moi est le centre dont émane et vers lequel est ramenée toute l'activité.

Dans un article sur les troubles des amputés des membres, M. Van Bogaert est amené à envisager l'existence d'un « modèle postural ». Il désigne sous ce terme « un schéma, une image que nous avons de notre corps, schéma nullement statique qui sous-tend activement tous les gestes accomplis par notre corps sur lui-même et sur les objets extérieurs » (1). C'est dans l'existence d'un tel modèle postural qu'il faut probablement voir la cause des faits précités.

Ce moi hypostasié explore le réel de la seule manière dont il est capable de le faire : il le traduit dans un langage sensorimoteur. Mais dans la mesure où il se borne à ce processus, il s'enferme dans les limites de la pensée affective puisqu'il ramène toute la réalité à soi.

Nos représentations, nos perceptions, tout le contenu de la conscience, sont des ensembles articulés, hiérarchisés des mouvements ébauchés ou en puissance.

« Un objet », dit Head, « peut être défini comme un complexe de réponses projetées. » Les limites assignées à ce travail ne nous permettent pas d'aborder avec tous ses détails ce problème de psychophysiologie. Rappelons seulement les travaux de Kurt Goldstein, de Storch, de C. Schneider, des auteurs anglo-saxons sur la question. Une bonne partie s'en trouve résumée dans le livre de R. Mourgue sur les hallucinations. Limitons-nous à quelques exemples moins connus, mais qui cadrent mieux avec le caractère qu'on veut donner à ce travail.

Sous le nom de réflexe graphique, Dwelshauwers a décrit des mouvements inconscients qui se produisent à l'insu du sujet dans les doigts

(1) L. VAN BOGAERT. — Sur la pathologie de l'image de soi. *Annales Médico-Psychologiques*, novembre 1934.

de sa main, lorsqu'on lui demande d'observer un corps animé d'un mouvement oscillatoire. La main du sujet est cachée sous un écran et on lui demande de tracer une ligne droite. Le sujet qui est convaincu d'avoir tracé une telle ligne est très surpris de constater après l'expérience qu'il a dessiné une ligne oscillante, traduction du mouvement observé. On obtient également le même résultat quand on demande au sujet de se représenter un corps en mouvement (une balançoire par exemple).

Le même auteur fait écrire à un sujet ayant les yeux bandés et placé entre deux tableaux, simultanément deux lignes. Le sujet adapte ses tracés aux battements d'un métronome. On constate alors l'apparition d'une image de vitesse. Ensuite, si on accélère les battements du métronome, il y a disparition de l'image de vitesse et apparition d'une image de rythme. Ces deux images sont la traduction des mouvements exécutés par le sujet pour suivre les battements du métronome.

Un malade observé par Cassirer, dans le service de Gelb et Goldstein, arrive encore à lire, mais, à vrai dire, d'une façon un peu particulière. Il suit les contours des lettres en les retraçant pour ainsi dire de nouveau et en s'accompagnant des mouvements de la tête.

C'est en se basant sur ces mouvements kinesthésiques qu'il arrive à lire. Dès qu'on empêche les mouvements de la tête, la lecture devient impossible. La maladie, en supprimant les autres formes de la pensée, permet à la pensée spontanée de se manifester en toute liberté.

La pensée affective voit nécessairement le réel tel que le saisissent les sens, tel qu'il s'exprime dans les formules sensorimotrices :

« Le vent est fort », affirme un enfant, « parce que quand je suis en train de marcher cela me pousse. » « Le caillou », dit un autre, « n'a pas de force, mais il en a quand on le lance. » Le bateau flotte sur l'eau parce que le « bois est plus lourd que l'eau », il est plus lourd « parce que c'est plein » (plus condensé) et l'eau est plus légère « parce qu'elle est plus mince ».

En même temps, l'enfant soutient cette thèse contradictoire que les grands bateaux flottent « parce que lourds, les petits parce que légers ». Dans le premier cas, comme le remarque Piaget, le bateau, conçu comme fort, se soutient lui-même ; dans le second cas, l'eau conçue comme forte soutient le bateau.

Pour une raison identique, l'enfant affirme que les ballons montent parce que « quand il y a beaucoup de gaz c'est lourd, ça a beaucoup de force et ça vole » (Piaget).

Il est évident que l'enfant ne fait que traduire ses impressions kinesthésiques en les attribuant aux choses. Dans le cas des exemples ci-dessus, on voit que le poids est assimilé à la force ;

l'enfant se borne à projeter en dehors ses impressions musculaires. De plus, la pensée affective, au moins dans ses formes inférieures que nous avons actuellement en vue, ne connaît que le présent, l'immédiat. Elle épouse intégralement l'impression sensible de chaque cas particulier, sans aucun souci de cohérence logique entre les opinions qu'elle est ainsi amenée à émettre au hasard du déroulement de la matière perceptive (les bateaux flottent parce que ils sont lourds, mais aussi parce que légers). Chaque perception est envisagée comme absolue, sans aucun rapport avec les autres.

Il est évident que des faits s'exprimant par des formules sensibles ou sensori-motrices analogues se verront rapprochés :

Dans un travail sur la mémoire latente des noms propres, M. Guillaume étudie le processus par lequel on se souvient d'un nom oublié. Les mots qui sont évoqués tout d'abord n'ont, le plus souvent, qu'une ressemblance de structure (même longueur, même nombre des syllabes, mot simple ou composé) ou de son avec le mot cherché. Autrement dit, ce qui surgit souvent de l'oubli, ce ne sont pas les éléments représentatifs ou signifiés du mot, mais les éléments sensibles. Les mots qui s'actualisent successivement ont, soit une formule kinesthésique semblable (due aux mouvements de la glotte), soit une formule sensorielle semblable (due à l'impression auditive laissée par le nom cherché).

On peut rappeler, à ce sujet, l'exemple, cité par Freud, d'un voyageur qui, au cours d'un voyage en Italie, ayant besoin d'une courroie, trouve dans son dictionnaire le correspondant italien « *corregia* ». Il est sûr de retenir ce mot en pensant au peintre Corregio. Pourtant, en entrant au magasin, il s'entend demander « *una ribera* ». Il sait qu'il doit évoquer un nom de peintre, mais au lieu de Corregio il évoque celui de Ribera qui se rapproche davantage du mot allemand (courroie = *Riemen*).

Dès maintenant, nous sommes en mesure d'affirmer que ce que la psychiatrie désigne par le terme d'« associations par assonance », « homéphonie », etc., a, ici, et non ailleurs, son origine.

C'est encore la parenté des impressions sensibles correspondantes qui nous fait rapprocher le bruit de la mer de celui d'une plainte humaine. Elle nous fait dire d'un paysage montagneux qu'il est orgueilleux, de la violette qu'elle est timide, etc...

Ici comme ailleurs, comme toujours (on aura encore l'occasion de le voir maintes fois), la pensée affective ne saisit que le sensible, elle voit le signe mais n'aperçoit pas à travers lui le signifié. C'est l'apparence sensible qui est l'essence des faits, ou, pour parler le langage de certains psychologues, les facteurs pré-

sentatifs ont le dessus sur les facteurs représentatifs ; l'immédiat empêche d'apercevoir le médiat.

Un malade de Goldstein se refuse à ranger sous la même dénomination les diverses nuances du rouge ; pour lui, c'est autant de couleurs différentes. Du point de vue du sensible immédiat, qui est le sien, nous sommes bien obligés de lui donner raison. Pour un autre malade du même auteur, les deux opérations $3 \times 4 = 12$ et $2 \times 6 = 12$, n'ont absolument rien de commun.

L'aphasique ne reconnaît souvent les lettres et les mots que dans une certaine forme d'écriture, le plus souvent la sienne propre. La moindre variation, « un léger écart entre les lettres, l'addition ou la suppression d'une boucle, suffit pour transformer l'écriture aux yeux du malade en floriture dénuée de sens ».

Il est à peine nécessaire de remarquer, comme le montrent ces exemples, que la pensée affective prend constamment le contre-pied de la pensée conceptuelle qui, elle, fait toujours abstraction de l'impression sensible pour atteindre à travers elle les choses en elles-mêmes.

En guise de résumé de ce qui précède, on peut dire que la réalité n'est vue que telle qu'elle se reflète à travers nous-mêmes ; on la croit telle que la fait apparaître notre réaction sensible. La vision des choses est nécessairement déformée. Elles ne sont connues qu'en fonction de nous-mêmes, puisque c'est de cette manière que le sensible les révèle. D'où, entre autres, les affirmations de l'enfant (et pas seulement de l'enfant) : le soleil est fait pour nous chauffer, la lune pour éclairer la nuit, l'ombre pour donner de la fraîcheur, etc.

Les rapprochements entre les données ne se font pas toujours, loin de là, en vertu d'une ressemblance ou d'identité d'impressions sensibles immédiates. De même l'importance que chaque élément d'un ensemble perceptif se voit attribuer n'est pas toujours due à son intensité.

L'enfant dessine des hommes qui moulent du café avec des mou-lins qui sont aussi grands que l'homme qui le tient. Pourtant, dans le modèle, les proportions exactes sont observées (Luquet).

Dans les dessins des primitifs, certaines parties du corps, le cœur par exemple, sont reproduites avec insistance bien qu'elles ne soient pas visibles sur le modèle.

Tous les deux, donc, l'enfant aussi bien que le primitif, remanient dans certains cas l'impression sensible et en modifient les proportions au profit de certains éléments qui leur paraissent

les plus importants ou les plus impressionnants. Nous abordons ici le plan supérieur de la pensée affective. En effet, au fur et à mesure que l'attitude active qui explore le milieu étend son activité sur des cercles de plus en plus larges, il s'opère un déplacement du point de vue. La pensée échafaude notamment une série de structures qui traduisent le réel en fonction de ses besoins, de ses tendances et de ses modes d'action.

Il est relativement aisé d'étudier chez le tout jeune enfant l'apparition et la formation de ces structures sur le plan de l'intelligence sensori-motrice. Grâce à une exploration sensori-motrice tâtonnante, le tout jeune enfant construit une série de schèmes qui lui rendent plus accessible le milieu dans lequel il se trouve placé. Ces schèmes ont tous leur point de départ dans l'activité réflexe, et les plus complexes parmi eux ne sont au fond qu'une généralisation et une différenciation des réflexes initiaux. Les réflexes aussi simples que le réflexe visuel (regarder pour regarder), le réflexe auditif (écouter pour écouter) s'emparent, par une extension généralisatrice des secteurs de plus en plus étendus de l'ambiance, mais de ce fait même, ils se différencient en des schèmes particuliers, pour s'adapter aux différents aspects du milieu.

Parmi les choses que l'enfant contemple, il y a en a d'immobiles (le toit du berceau), il en a qui remuent de temps à autre, il en a qui se déplacent sans cesse (figure humaine).

La préhension se différencie en mouvements pour tirer, pour secouer, pour balancer, pour déplacer, pour frotter.

Chaque ensemble des schèmes mono-sensoriels se développe en toute indépendance des schèmes formés par les autres sens. Chaque sens tend, pour ainsi dire, à s'emparer de la totalité de l'expérience pour l'exprimer en des schèmes qui lui sont propres. Le regard ne cherche nullement à suivre les mouvements de la main et celle-ci « ne parvient même pas à demeurer dans le champ du regard ». Dans la suite, les divers schèmes mono-sensoriels se coordonnent entre eux par un mécanisme qui ne nous intéresse pas ici (la coordination entre la vue et l'ouïe apparaît dès le troisième mois) (Piaget).

Ainsi se construisent des schèmes plurisensoriels dans lesquels entre la totalité de l'expérience sensible. Le milieu est assimilé à l'activité du sujet et celle-ci est projetée dans les choses ; la perspective propre domine donc toujours. En effet, l'enfant établit des relations entre ses modes d'action, entre les manières dont il éprouve cette action, etc., et non entre les choses. C'est l'identité de l'acte accompli qui rend les faits identiques.

Sur le plan de la pensée verbale, il est très facile de retrouver des faits équivalents chez le primitif.

La notion de « mana » semble être l'outil le plus ancien dont s'est forgée la pensée du primitif. Tout ce qui est rare, tout ce qui sort du cadre de l'habituel, qu'il soit dangereux ou au contraire favorable, est « mana ». En partant de cette distinction, le primitif partage le monde en porteurs de mana et en ceux qui ne le sont pas. Ce triage simpliste permet à l'individu de se mouvoir avec une sécurité relative dans le milieu. La pensée archaïque se construit donc un monde reflétant non les choses mais ses manières d'éprouver, ses façons de se comporter et d'agir.

Le totémisme est un second concept de cette pensée, concept plus tardif, mais aussi plus complexe, ce qui n'empêche qu'il découle de la même attitude de l'esprit. Ces classifications, où hommes, bêtes, plantes, se trouvent rapprochés et identifiés, ne sont que la projection dans l'ambiance des intérêts, des réactions et des conduites de l'individu.

Grâce à une différenciation et à un morcellement de plus en plus poussés s'élaborent progressivement des structures qui traduisent des aspects de plus en plus détaillés de l'existence. On n'a qu'à comparer la richesse extraordinaire du mythe avec la pauvreté et les grossières divisions du mana ou même du totémisme.

Dans l'uniformité primitive du mana, le monde mythologique introduit une foule d'êtres. Chacune de ces créations répond à un point particulier du devenir. Il n'y a plus d'égalité parmi ces êtres de la mythologie ; il y a une hiérarchie et même une hiérarchie très complexe. Elle ne fait que traduire sur le plan discursif la différenciation, les distinctions, les subordinations que l'action de l'homme a effectuées dans l'ambiance.

Chez l'enfant, pour reprendre notre exemple précédent, à l'exploration sensori-motrice élémentaire impliquant la participation d'un seul schème, fait suite une activité qui nécessite la mise en jeu de plusieurs schèmes, leur subordination les uns aux autres en vue de l'objectif à atteindre. Cette complication progressive de l'action a pour résultat, une meilleure adaptation, ceci, par contre-coup, permet, comme l'a montré Piaget, d'étendre le rayon de l'action, ce qui entraîne sa différenciation plus poussée. Des constatations identiques peuvent être faites sur le plan de la pensée verbale de l'enfant. Etant donné le but assigné à ce travail, il nous est impossible d'entrer ici en de plus amples détails.

Quoi qu'il en soit, chaque fois que la pensée affective prend envers la réalité une attitude active, le sensible immédiat n'est plus envisagé en lui-même, ni tel qu'il apparaît au hasard de la

perception. Il est regardé comme un indice d'un tout, c'est à ce tout qu'il est rapporté et c'est de la signification et de l'importance de ce tout que lui viennent sa signification et son importance à lui. Il s'opère dans de tels cas un déplacement du sensible immédiat vers le fonctionnel et vers le médial. Déplacement vers le fonctionnel, puisque ces structures sont l'expression d'un moi qui s'assimile le réel et l'adapte à ses besoins; et aussi médial puisque chaque donné n'est qu'un rappel à ces structures.

Par la mise en œuvre de ces deux procédés de la pensée affective : l'immédiat sensible et le fonctionnel, l'individu se construit un monde en fonction de sa sensibilité, de son corps, de ses besoins et de ses tendances, un monde qui est fatalement téléologique, égocentrique ou plutôt anthropocentrique, un monde qui reflète dans ses moindres détails notre moi affectif.

Il est aisé de démontrer qu'une des sources dont sont issues les représentations mythologiques, est l'opposition entre le jour et la nuit, entre la lumière et l'obscurité. D'après la religion babylonienne, le monde est né de la lutte de Morduk, dieu de l'aurore et du printemps, contre le chaos et l'obscurité. Rappelons que d'après Genesis le premier acte de Dieu fut de créer la lumière.

Une grande partie de l'univers reçoit sa signification de ses rapports avec la lumière. Ainsi l'Est, générateur de la lumière, est la source et l'origine de toute vie; l'Ouest, lieu du soleil couchant, est le domaine de la mort, des souffrances et de la terreur. Plus près de nous, dans les premiers âges du christianisme, on mettait l'autel du côté de l'Est, source de la lumière; le Sud fut regardé comme le symbole du péché et de la perdition (Cassirer).

La lumière du jour est le symbole de la pureté, de l'innocence, comme l'obscurité l'est du contraire (nous disons : avoir de noirs desseins, des pensées noires, etc.).

La notion du temps se prête à des constatations analogues. Tout comme l'espace, le temps lui aussi est envisagé d'une façon concrète en fonction des intérêts et des réactions affectives du sujet : il est vécu et non conçu.

Ce temps est un sentiment complexe dans lequel entrent pour une large part l'impression d'écoulement, la variation régulière des saisons, la succession alternative du jour et de la nuit, le réveil et la mort périodique de la végétation, etc...

Le mythe d'un dieu périodiquement naissant et mourant qu'on retrouve dans tant de religions (Astarté, Adonis, Dionisios) n'est que l'extériorisation de ce temps construit sur le rythme d'écoulement biologique.

Chaque période se caractérise par un certain nombre de particu-

larités qui sont autant d'indications ou de contre-indications pour l'exécution de tel ou tel autre acte. Ainsi, par exemple, il n'est pas bon d'entreprendre quoi que ce soit pendant la pleine lune.

A certain moment de son développement mental, l'enfant passe du plan sensori-moteur au plan de la pensée verbale. Il construit un monde des représentations qui ne sont que la traduction de ses acquisitions sensori-motrices. Nous ne reviendrons pas sur les exemples cités au début de ce travail.

Le monde de l'enfant, au moins jusqu'à l'âge de sept à huit ans, est un monde égocentrique, anthropocentrique. Tout y poursuit une activité consciente, tout est animé d'intentions, et le but de cette activité est le bien et le bénéfice des hommes. Le soleil, les astres, la lune, nous suivent, s'occupent de nous, les rivières coulent leurs eaux pour notre bien, les nuages eux-mêmes sont faits pour contribuer à notre bonheur.

Toutes ces croyances, cela est évident, expriment les manières d'éprouver et de se comporter du sujet projetées dans l'ambiance.

Nous pouvons nous apercevoir dès maintenant que dans ses constructions morbides, le psychopathe ne procède pas autrement. Seulement, au lieu d'étendre son travail de structuration sur l'univers tout entier, il se limite, lui, à un secteur plus ou moins large.

Le fond de notre vie mentale, lui aussi, est littéralement submergé par des structures ayant le même caractère, c'est-à-dire par des structures qui n'expriment presque jamais des choses mais des situations, des actions vues sous notre propre incidence. Chaque fois qu'il nous est possible de voir en deçà de la surface de la vie mentale, on constate la présence de ces structures centrées sur nous, se mouvant autour de nous.

Une malade de Goldstein, priée de ranger d'une manière quelconque un certain nombre d'objets hétéroclites, les ordonne toujours d'après l'usage qu'on en pouvait faire dans une situation donnée. Elle range, par exemple, un guide, une boîte de crème, un recueil des chansons de route, etc., ensemble : « c'est pour une excursion ». Elle rapproche « un certain brun, un certain jaune et un certain vert » et explique que c'est la jupe, la blouse et le plastron. Elle ne groupe jamais les objets d'après un autre critère, par exemple, suivant leur nature (livre avec livre), suivant leur couleur, leur forme, etc.

La même malade était incapable d'énumérer des prénoms féminins et des noms d'animaux. Pourtant, un jour, elle cite quatre prénoms féminins, mais c'étaient les prénoms de ses sœurs. Elle arrive aussi à citer les noms d'animaux, mais seulement dans l'ordre où on les rencontre au jardin zoologique de la ville.

C'est avec raison que Goldstein remarque : « Ces mots ne représentaient évidemment pour elle des désignations de choses, mais des qualités de vécu, attachées à certaines expériences de noms propres. »

Voici des exemples du même ordre dont certains ont été déjà cités :

Un malade sait se servir de son couteau et de sa fourchette pendant son repas et ne sait plus le faire en dehors de celui-ci ; un malade ne sait pas choisir la couleur verte, mais sait le faire dès qu'on lui dit de chercher « vert comme l'herbe ».

Head cite des malades qui savent employer des pièces de monnaie dans leur vie quotidienne mais n'ont aucune notion de la valeur « abstraite ». En faisant leurs achats, ils ne se trompent ni sur le nombre ni sur la nature de la monnaie qu'on doit leur rendre, mais ils ne peuvent dire combien de pence il y a dans un shilling.)

Notre pensée spontanée opère avec de telles structures, et toutes nos acquisitions se condensent sous telle forme. Ces ensembles, répétons-le, sont dynamiques ; elles reflètent sous des incidences les plus diverses, le plus souvent celle de notre action (prendre et tenir sont parmi les verbes les plus employés par l'enfant), la façon dont le sujet se trouve atteint ainsi que son comportement qui en découle.

C'est à partir de ces ensembles structurants, grâce au travail de découpage et d'organisation, que dérive et se forme le monde des choses particulières. Ce travail consiste dans un groupement et dans la superposition d'une multitude de structures, chacune d'elle exprimant un aspect signifiant particulier de l'objet.

Je peux penser à un arbre en tant qu'une partie de la forêt, en tant que l'effort qu'il faut dépenser pour le couper ou, une fois coupé, à l'usage qu'on pourrait en faire. Je peux penser aux différentes parties qui le composent, à l'aspect qu'il prend au printemps, l'hiver, etc. Du point de vue de la pensée affective, chacun de ces aspects est une chose à part, bien distincte et elles ont entre elles très peu de points communs.

La chose, étant une synthèse de multiples schèmes, se traduit par un ensemble sensori-moteur qui, vu par en dedans, se pré-

sente comme un sentiment dans lequel s'analgament l'impression venue de dehors avec la prise de position qu'elle provoque, la résistance rencontrée et l'effort à fournir ou fourni, le désir qu'on a d'accomplir l'acte et la manière dont on ressent cet accomplissement.

Qu'est-ce qu'une grenouille ? Avez-vous vu des grenouilles ?

Réponse : Grenouille, qu'est-ce qu'une grenouille ? Grenouille : couac, couac, ça saute. A la question : Quelle est sa couleur ? il répond : grenouille, grenouille, Laubfrosch (grenouille du feuillage). Ah oui ! la couleur, feuillage vert, le Laubfrosch est vert, oui.

On demande au malade : D'où proviennent les vagues sur l'eau ? Le malade : ...le vent susurre, le vent, du vent. (Mais qu'est-ce que c'est donc ?). Le malade : ça doit être une poésie. Je ne sais pas moi-même comment c'est venu. Qu'est-ce que je devais dire ? Les vagues ? D'où viennent les vagues ? Alors est venu : les vagues murmurent, le vent susurre. Donc, c'est le vent.

Goldstein remarque : « Ces paroles ne sont pas absurdes, elles contiennent une masse des choses sues mais ce langage n'implique aucune espèce de travail mental.

Une autre traduction de mêmes faits est la désignation des choses par l'usage qu'on peut en faire.

Le crayon ce sera pour écrire, la lampe de poche « briquet à la lumière », le bloc-notes de la doctoresse est « écriture de dames », le canif, quand il est rapproché d'un crayon « taille-crayon », près d'une pomme il est « pèle-pomme », près du pain « taille-pain ». Ces malades, incapables de donner une réponse verbale, font un grand nombre « de gestes expressifs montrant en quelque sorte ce qu'on peut faire avec l'objet ».

Il est facile de constater que dans la conscience normale les choses se retrouvent sous des formes semblables. Il suffit d'examiner avec un peu d'attention n'importe quel exemple relevé par les méthodes d'introspection, pour aboutir à cette conclusion.

L'objet apparaît ainsi comme un système de structures toujours mobiles autour d'un centre. Ce centre est éminemment variable, chacune des structures peut le devenir à son tour. En effet, d'après l'aspect sous lequel se présentent ou sont envisagées les données, il s'effectue un regroupement à l'intérieur du système. Il en résulte un refoulement vers la périphérie, dans une ombre plus ou moins complète, de certaines structures, et un rappel vers le centre des autres. Les structures qui occupent

le centre se trouvent être celles qui expriment l'aspect momentané de la situation. C'est là, on le verra dans la seconde partie de ce mémoire, que réside la cause principale des diverses formes de dissociation mentale qu'on observe en psychopathologie, et qui se ramènent à un étalement de différents composants de chaque ensemble.

Dans ces systèmes planétaires, le mot sert de point de ralliement, c'est lui qui assure leur unité, au moins sur le plan de la pensée verbale. Il est évident qu'il n'est qu'un signe, une évocation de la chose, mais ne la traduit nullement. Le langage n'est qu'une continuelle allusion, un incessant renvoi à des systèmes sous-jacents.

Ceci est particulièrement évident dans le parler enfantin et dans certaines langues fixées dans un stade primitif de développement. Chez les Nègres de Soudan, chaque mot désigne une situation complexe, il n'y a pas de mots pour exprimer des liaisons et des notions abstraites.

M. Villey dans ses études sur les aveugles écrit (l'auteur lui-même, professeur de psychologie, aveugle) : « Les mots évoquent des souvenirs complexes plutôt qu'ils m'apportent des matériaux de construction soigneusement rabotés, limés, équarris, que l'esprit joindrait laborieusement ensuite. Ce sont, à l'occasion d'un détail, des apparitions brusques et impérieuses d'images riches dans lesquelles l'esprit taille ce qui s'adapte à la situation présente. »

Les mots ne font que désigner les systèmes de structures, mais encore faut-il que celles-ci existent. Il faut que chacun de nous les construise personnellement et ceci n'est pas possible que par un seul moyen : par le maniement actif de la réalité. Nous comprenons donc facilement quand M. Villey dit encore :

« Je me sens plus à l'aise (c'est un aveugle qui parle) avec une image que je me suis composée qu'avec celle péniblement élaborée grâce au concours des yeux d'autrui. »

M. Villey ajoute : « en fait, plus que sur les mots de leur guide... ils (les aveugles) comptent sur leurs sensations personnelles, sur la prise de possession directe du milieu par les sens qui leur restent. Quelque pauvre qu'elle nous paraisse, cette emprise est pour eux l'essentielle ; les descriptions du guide ne font que la seconder, la stimuler ».

Le mot adhère au continu qu'il désigne. Tous deux : le signifiant et le signifié forment une unité indissoluble. Quand le

contenu change, l'apparence sensible du mot se modifie aussi, ainsi que l'ont souligné les créateurs de la théorie de la forme.

L'aspect du mot « rivière », par exemple, change de fond en comble suivant qu'il désigne son continu habituel ou un nom de famille.

Quand un simple signe typographique, « b » par exemple, devient la consonne « b », il prend immédiatement des propriétés phonétiques qui changent son aspect sensible.

C'est dans ce fait qu'il faut chercher la raison profonde de la croyance antique (et non seulement antique) d'une relation mystérieuse entre l'individu et le nom qu'il porte.

D'après les croyances primitives, le nom forme une partie intégrante de la personnalité. On peut atteindre l'individu en prononçant d'une façon particulière son nom. A la puberté, qui d'après les croyances archaïques correspond à l'éclosion d'une nouvelle personnalité, l'individu reçoit un nouveau nom.

L'enfant a sur ce sujet une opinion identique. Il est loin de soupçonner le caractère purement symbolique du nom. Il se refuse, par exemple, à admettre qu'on pourrait appeler lune : le soleil, et le soleil : lune. Certains enfants affirment même qu'il suffit de regarder les choses pour découvrir leur nom (J. Piaget).

Goethe écrit dans ses mémoires (*Warheit und Dichtung*) : « Der Eigennamen eines Menschen ist nicht etwas wie ein Mantel der bloß um ihn herhängt und an dem man allerfals noch zupfen und zerren kann, sondern ein vollkommen passendes Kleid, ja wie die Haut selbst über und über angewachsen, an der man nicht schaben und schinden darf, ohne ihn selbst zu verletzen ». (Cité par Cassirer).

Si nous avons un peu insisté sur ce point particulier, c'est parce que nous croyons qu'il y a un parti à en tirer pour la compréhension de certaines manifestations verbales chez le psychopathe, notamment la formation des néologismes.

Les choses ainsi construites, ne font que refléter tous les traits marquants de l'univers dont elles proviennent. Elles portent donc comme celui-ci la marque de l'égoïsme, de téléologie et d'anthropocentrisme. Les rapports qui les unissent les unes aux autres, ont leur origine dans la réaction de l'individu ; ils sont donc en dernier ressort d'ordre affectif. Nous nous permettrons de citer un exemple emprunté à M. Revault d'Allones en modifiant légèrement les termes pour l'adapter aux besoins de notre démonstration.

Sous la rubrique « choses difficiles à avaler », on peut faire rentrer un tas d'objets hétéroclites ayant ceci de commun qu'ils nécessitent des efforts répétés du pharynx. La rubrique « nausée » pourrait rassembler pêle-mêle les choses qui ont pour point commun d'être dégoûtantes, comme sous le terme « salivation légère » celles qui sont appétissantes, ou « salivation abondante » celles à saveur mordante.

Une classification d'une partie du monde ambiant pourrait être ainsi esquissée, des choses hétérogènes, voir foncièrement différentes pour la pensée rationnelle se verront rapprochées et tenues pour apparentées ; en effet, c'est à partir de tels principes, ou de principes analogues, que se forme l'univers mental de la pensée affective. Ce sont de telles classifications qui sillonnent cet univers dans tous les sens et ce sont des réseaux de liaisons de cette nature qui englobent toutes ses parties composantes.

Sous la rubrique « sinistre », nous rangeons le torrent dont nous connaissons la force destructrice, l'orage, la mer déchainée, certains paysages, la mort, certains événements de notre vie personnelle ou sociale ; sous la rubrique « gaie », d'autres paysages, d'autres événements de notre vie, etc...

La jeunesse, l'amour, la force, l'espoir, le printemps se voient rangés ensemble dans une même classe. On peut ainsi continuer indéfiniment cette énumération.

Des éléments tout à fait différents pour la pensée rationnelle se trouvent rassemblés ; par contre, bien d'autres, auxquels la pensée rationnelle confère une étroite parenté, sont écartés comme n'ayant aucun lien entre eux, constatation qu'a déjà faite Lévy-Brühl dans ses études sur « la mentalité primitive ».

Toute la poésie est un rappel incessant d'un monde organisé sur de telles bases.

Quand le poète écrit :

*Et les belles actions à venir se pressaient
Comme les étoiles autour de nous,
Innombrables dans la nuit.*

(GÆTHE : *Iphigénie en Tauride*).

il étale devant nous ce monde. Il est visible que le rapprochement entre les étoiles et les belles actions est provoqué par le sentiment de mouvement et de multitude qu'inspire la contemplation des étoiles.

N'importe quelle métaphore poétique peut très facilement donner lieu à des constatations analogues.

Peu importe si ces comparaisons dérivent de l'aspect perceptif immédiat des faits, comme dans ce vers de V. Hugo où le nuage se voit comparé à un guerrier qui « suspend aux poutres du plafond ses resplendissantes armures », de l'impression sensible :

Je sentis sur ma main sa bouche de serpent.

(HUGO : *Ruy-Blas*).

d'un sentiment complexe :

Je suis un cimetière abhorré de la lune,

Je suis un vieux boudoir plein de roses fanées.

(BEAUDELAIRE : *Les Fleurs du Mal*).

ou d'un autre aspect quelconque ; dans tous ces cas la relation établie s'appuie sur nous, dérive de nous et non de la nature des choses.

La matière de la langue, le mot lui-même, ne fait pas exception à la règle. Il est envisagé exactement sous le même angle que n'importe quel autre fait mental.

Après la plaine blanche, une autre plaine blanche.

(HUGO : *L'expiation*).

Disloqué, de cailloux en cailloux cahoté.

(HUGO : *Le Crapaud*).

Si ces deux vers nous donnent l'impression du mouvement presque matériel, ce non seulement par l'idée qu'ils expriment, mais aussi grâce à la répétition de certains mots (plaine blanche) ou de certains sons isolés (*c* : caillou, cahoté). M. Grammont a montré, dans une étude d'une rare pénétration, que les divers phonèmes produisent des impressions sensibles fort différentes, ce qui rend chacun d'eux apte à exprimer certains contenus à l'exclusion des autres.

Par exemple, les voyelles claires, qui s'expriment avec une ouverture buccale moindre, sont plus ténues, plus douces, plus légères, se trouvent tout indiquées pour traduire la ténuité, la légèreté, la douceur et les idées qui s'y rattachent.

Le murmure léger des abeilles fidèles.

(LECONTE DE LISLE : *Poème antique*).

Les voyelles nasales donnent l'impression de langueur, de nonchalance, de mollesse.

Elle penche vers moi son front plein de langueur.

(MUSSET : *Idylle*).

Il est certain que dans le travail d'élaboration de l'artiste, ou dans n'importe quelle œuvre de transposition de la pensée en

langage, le choix des mots, le fait qu'on les juge adéquats ou non, est en large mesure déterminé par de telles considérations qui restent d'ailleurs, presque toujours, inconscientes pour le sujet.

En dehors de l'univers des choses et des relations de la pensée rationnelle, il en existe donc un autre qui reconstruit le réel sur des bases toutes différentes. C'est dans ce monde que se trouve la source de tout symbolisme, celui-ci est même sa manifestation la plus originale. N'importe quel symbole, aussi bien le plus simple que le plus complexe, n'est jamais autre chose que la révélation à l'état pur de l'univers de la pensée affective avec ses classifications, ses identifications, ses liaisons. En particulier, les mécanismes freudiens de transposition, de déplacement tels qu'on les observe dans le rêve (il en sera question ultérieurement), ne sont qu'un cas spécial de ce symbolisme général. De même, l'association libre, à laquelle la méthode psychanalytique attribue l'importance qu'on sait, n'est au fond qu'une technique pour faire dérouler le flux mental suivant ses modalités naturelles et spontanées : celles de la pensée affective.

Pour terminer la première partie de ce travail, il nous reste à examiner les rapports entre la pensée affective et la pensée rationnelle. Celle-ci procède directement de celle-là. D'une manière générale, la pensée rationnelle ne fait que continuer le processus ébauché par la pensée affective, notamment celui de juger et de hiérarchiser les données de l'impression sensible par rapport à des structures fixes. L'abstraction qui joue déjà dans les formes supérieures de la pensée affective, s'amplifie singulièrement. Non seulement on s'écarte du sensible immédiat, mais on pousse l'abstraction jusqu'à s'écarter du sensible en général. Du coup, on renonce à la perspective propre, l'objet est désormais distingué du sujet, donc aussi bien de l'activité de celui-ci que de ses manières d'éprouver. La structuration de l'ambiance est reprise sur des bases différentes : elle repose sur la nature des choses et non sur les réactions du sujet. Le sensible n'est plus envisagé tel qu'il se manifeste à nous ; il est conçu comme un phénomène qu'il faut modifier dans ses parties composantes, les orienter autrement pour arriver à travers lui au fait dont il signale la présence. Autrement dit, pour échapper aux apparences du sensible, il s'agit de se situer soi-même parmi les objets, de s'envisager soi-même comme objet à l'aide d'un système des lois de perspective. Pourtant, le monde ambiant se révèle à nous à chaque instant par rapport à nous-même, donc sous la forme de pensée affective. La pensée rationnelle demande donc un dépla-

cement continuuel de perspective. Ceci n'est possible que grâce à une attitude active qui intervient sans relâche pour scinder et démembrer les données sensibles charriées par la conscience.

Un processus de cette nature, cela va de soi, s'opère sur le sommet du psychisme et n'est guère possible sans une grande tension de l'esprit. Chaque fois que cet effort manque ou est simplement relâché, la totalité du courant psychique, on le verra à plusieurs reprises dans la seconde partie, se déroule immédiatement suivant les modalités de la pensée affective.

L'aphasique n'est plus capable de s'élever au niveau de la pensée rationnelle. Les divers troubles de l'aphasie, d'après les auteurs qui ont le plus étudié la question, découlent d'une modification de tout le psychisme du malade. Celui-ci a perdu la possibilité de sortir du cercle de l'apparence sensible. Il n'est plus en mesure de prendre une attitude catégorielle (Geld et Goldstein), ou encore, il a perdu la capacité de former des symboles (Head).

Le cercle de l'activité mentale se trouve confiné dans les limites de la pensée affective. L'amplitude de l'abstraction c'est singulièrement rétrécie, le malade ne peut plus dépasser le stade du médiate affectif, ou même s'arrête au stade de l'immédiat et du présentatif (dans l'agnosie). Il est inutile de revenir ici sur les exemples cités tout le long de ce travail, et qui confirment cette thèse. Rappelons seulement le malade qui savait se servir de sa cuiller pendant le repas et ne savait plus la reconnaître en dehors de celui-ci, l'attitude aussi de cet autre malade à qui on propose de ranger les couleurs.

Le changement de perspective qui se produit avec la pensée rationnelle, entraîne une profonde modification dans la nature intime du langage, ou plus exactement dans la partie qui est le fonds commun de tout le monde. Le langage s'appauvrit en éléments concrets, en expressions du domaine de vécu. En revanche, on voit croître l'importance des éléments abstraits et objectifs. Au lieu d'essayer de traduire les choses telles qu'elles se reflètent dans notre for intérieur avec toutes les nuances qu'elles empruntent à notre sensibilité, on les envisage désormais du « dehors ». L'attitude catégorielle est devenue de rigueur.

Tous les linguistes soulignent ce caractère de plus en plus abstrait qu'a pris le langage au cours de son évolution séculaire. Les langues anciennes manquent de termes généraux, usent de *duel*, du *triel*, disposent de plusieurs termes pour désigner la moindre nuance d'un même fait. Ces langues s'attachent à épouser intégralement l'aspect sensible des faits. C'est aussi à cause d'une régression vers un état

plus primitif, le cas du langage de l'aphasique. En corrélation avec son comportement général, son langage se modifie. Il s'appauvrit en termes généraux, il devient concret, « plus près de la réalité ». Cette constatation fut déjà faite par Huglings Jackson. Au changement de la perspective correspond une modification analogue dans la sphère de la langue.

Quels sont les facteurs qui déterminent ce passage de l'affectif au rationnel ? Le mérite principal en revient, comme l'a montré Piaget dans le cas particulier de l'enfant, à la résistance que rencontre le sujet dans ses tentatives de s'emparer de l'ambiance.

La notion de l'impossibilité physique n'est nullement un fait primitif. Le tout jeune enfant est loin de soupçonner son existence. Au contraire, tout lui paraît possible et réalisable. De même, les restes d'une telle croyance se retrouvent, comme l'ont noté plusieurs auteurs, dans les couches profondes de la pensée primitive. Certaines pratiques de la magie partent du principe que n'importe quoi peut produire n'importe quoi.

Ce sont les échecs que lui inflige la réalité qui font entrevoir au sujet toute la relativité des apparences sensibles et lui font abandonner, dans sa tendance de s'assimiler de mieux en mieux le réel, le monde de l'apparence immédiate pour celui du médiat affectif d'abord, et du rationnel ensuite. Ce processus ne fut rendu possible que par une attitude active où l'exploration du réel a joué un rôle prépondérant. Il a demandé une évolution séculaire, et n'a nullement progressé avec la même vitesse dans les divers secteurs de l'esprit. Cette évolution, même dans notre mentalité contemporaine, est loin d'être achevée. Il sera très facile de montrer plusieurs domaines où le point de vue « sujet » l'emporte sur celui de « chose ».

Rappelons que, relativement près de nous, dans une œuvre scientifique telle que l'*Histoire Naturelle* de Buffon, la classification des animaux est faite suivant leurs relations avec l'homme ou leur importance pour l'homme. Ceci montre combien est tenace et profonde l'emprise du sensible.

Le processus d'élimination du sensible au profit du rationnel se répète sur une échelle plus petite dans le développement de chaque individu. Ici aussi, il y a lieu de dire que l'ontogénèse est la répétition de la philogénèse.

A mesure que l'enfant est amené à prendre une attitude active envers la réalité, la résistance de l'ambiance fait qu'il apporte de multiples correctifs à l'image qu'il se faisait tout d'abord du monde.

Ainsi, à certain moment de son développement mental, il est forcé de constater que la lune ne nous suit nullement, que le soleil n'est pas fait pour nous chauffer, etc... M. Piaget a minutieusement étudié ce processus.

Quoi qu'il en soit, là où cette évolution s'est faite, le système « chose » se complète. Aux schèmes en majeure partie égocentriques s'ajoute un nouveau, dont le rôle devient prépondérant ; il exprime le facteur « réalité ». Celle-ci se présente souvent sous la forme de la réalité physique, mais plus souvent encore sous la forme de la réalité sociale. La seconde n'est au fond qu'une adaptation collective à la première. Désormais, le désirable est tenu de compter avec le physiquement possible, le voulu avec le socialement compatible. La spontanéité première est ligotée et soumise à une tutelle vigilante et impitoyable. Ceci, par ses répercussions secondaires, va prendre une importance capitale, on le verra effectivement dans les pages qui vont suivre.

Parvenu maintenant au terme de la première partie de ce travail, il est permis de dire, en manière de conclusion, que la pensée se déroule simultanément sur plusieurs profondeurs en même temps qu'elle est étalée en largeur. A chaque instant, dans le plan le plus profond, l'immédiat et le présentatif, se recrée et s'enfle par les apports de l'extérieur, en même temps qu'à l'étage supérieur, un travail s'effectue sous l'incidence du médiate et du fonctionnel ; au sommet, un effort sans relâche reprend tout, le remanie et le transpose dans les cadres du rationnel. Au même moment, à côté du foyer principal gravitent, disposés sur plusieurs orbites, les systèmes subordonnés. Tout à fait à la périphérie cheminent tumultueusement, dans un flux et un reflux qui se suivent, les vagues qui à chaque instant viennent du dehors faire irruption dans la conscience. L'ensemble est un équilibre qui modifie sans cesse son point d'appui. On voit ce qu'il y a de précaire, de difficile dans un tel état de choses. Ce mécanisme demande pour fonctionner un effort épuisant, une garde vigilante sans relâche d'un seul instant.

Dès que l'attention se détend, la pensée s'engage immédiatement dans d'autres voies : la pensée spontanée reprend le dessus, le déroulement affectif remplace le déroulement rationnel.

Il est évident que, si le moindre remous a ses répercussions, des troubles plus graves menaceront d'écroulement tout l'édifice.

(A suivre).

DE LA « SCHIZOPHRÉNIE », LA « CYCLOPHRÉNIE » ET LA « PARAPHRÉNIE »

PAR

P. OSTANCOW

Trois maladies, ainsi nommées actuellement en psychiatrie clinique nosographique, finissent, à notre avis, leur existence : la « schizophrénie », la « paraphrénie » et la « cyclophrénie », — cette dernière appelée à plus juste titre « psychose manico-dépressive ». Les hypothèses de travail de Kræpelin et de Bleuler ont joué un rôle prépondérant dans l'évolution de la psychiatrie clinique, ayant traversé tous les stades de leur développement, comme il en fut de la doctrine Meynert sur « l'amentia », de la doctrine de Westphal, Griesinger et Sander sur la « paranoïa » et de celle de Magnan sur « le délire chronique ». Ces hypothèses et ces doctrines ont été des chaînons indispensables au cours du développement de la pensée psychiatrique, — sans elles il aurait été impossible d'arriver aux conclusions, dont l'exposé constitue le sujet de ce mémoire.

Commençons par la soi-disant « schizophrénie ». D'ores et déjà nous nous croyons autorisé à affirmer avec une grande assurance qu'aujourd'hui la « schizophrénie », telle que la représentent les cliniciens, partisans de l'opinion que : ...« la « schizophrénie est une maladie unique, une entité pathologique « dont les formes sont extrêmement variées, depuis les moins « prononcées qui seraient la « schizophrénie sans schizophrénie » (j'admire ce terme), et jusqu'aux tableaux graves de la « démence schizophrénique (Bleuler, E. Minkowski, Mayer-Gross, Gruhle, Engelson) » n'existe pas dans la nature : ce fut certain pour plusieurs psychiatres dès le moment où parut en 1911 la monographie de Bleuler (1). La manière dont réagit

(1) Prof. P. OSTANCOW : *Étiologie de la démence précoce*, 1914.

à la question le Congrès des psychiatres et des neuropathologues tenu à Moscou en 1936, Congrès dans lequel le professeur Wnoucow proclama : « Revenons en arrière, tournons-nous vers Kræpelin » — ne fut rien d'autre qu'une réaction un peu tardive, proclamée quand le terme « schizophrénie » avait déjà occupé dans la clinique une place, dont l'étendue était absurde.

Jaspers a beaucoup contribué à propager le terme « schizophrénie » : il nommait « schizophrénique » tout ce qui était difficile à comprendre et à saisir au moyen d'une analyse logique : toutes les psychoses délirantes, appelées jadis « vésanies », furent incluses dans la schizophrénie. Or, toute production, obtenue en conditions pathologiques d'un cerveau en activité, étant incompréhensible et insaisissable pour une analyse, il fut donc naturel que des tableaux cliniques, fort variés comme étiologie et au cours clinique différent — entrassent dans la « schizophrénie » comme y entrèrent les tableaux présentant divers cours de maladies, avec ou sans changements pathologiques, aboutissant à des fins non pareilles et étant au fond des maladies de genres différents. Tout cela apporta dans la doctrine de la schizophrénie beaucoup d'indéfini, de vague et de confus. Bien que la production d'un cerveau pathologique en activité soit incompréhensible et insaisissable pour une analyse logique et normale, — il n'en résulte pas que toute cette production en entier puisse être attribuée à une seule et même maladie. C'est pourquoi, à côté des auteurs considérant la schizophrénie comme une entité pathologique « unique », beaucoup d'auteurs (à commencer par Bleuler lui-même, qui admettait qu'il pouvait y aller de plusieurs maladies) parlent depuis bien longtemps des psychoses du cycle schizophrénique. Avec l'idée qu'il s'agirait de beaucoup de psychoses, de plusieurs affections, — est introduite en littérature la pensée que « toutes ces psychoses seraient unifiées par quelque chose qui est commun à elles toutes. Mais, malgré tout, on tomba encore d'accord « que toutes ces psychoses sont unifiées par le même caractère schizophrénique de leurs tableaux cliniques », — caractère d'un seul processus schizophrénique — et par cela même — d'une seule et même maladie.

Quant à nous, il y a longtemps que nous sommes arrivé à la conclusion, qu'il n'existe pas de « schizophrénie comme maladie unique », à moins qu'on ne se serve de ce terme pour la démence précoce. Depuis 1914, nous n'avons cessé de dire et de redire dans nos publications et dans nos rapports que « toutes les psychoses du cycle schizophrénique ne sont pas tant unifiées par une certaine ressemblance de leurs tableaux cliniques,

qu'elles le sont essentiellement *par le même terrain dégénératif* de dégénération schizoïde et que l'entité qui unifie tous ces côtés n'est pas une seule et même maladie à laquelle appartiennent ces psychoses, — ce n'est pas une unité pathologique — mais bien une entité de dégénérescence (unité de terrain). Depuis 1914, nous nous tenons ferme à cette position. Pour la nomenclature d'une maladie, nous n'employons plus seul le terme « schizophrénie » — mais nous y ajoutons tout au moins un adjectif, vu le « vague » de ce terme. Nous parlons des psychoses de la psychopathie schizoïde (psychoses du cycle schizophrénique), nous nous servons d'un terme spécial pour désigner une psychose de ce groupe ; ainsi nous disons : « schizophrénie gèneine » quand la maladie évolue depuis l'enfance d'après le type de rémittence ; nous disons « Ataxia intrapsychica progressiva » (la démence précoce de Kræpelin) ; nous employons les termes : « psychose schizophrénique réactive », « catatonie infectieuse » syphilitique et tuberculeuse » ; psychose schizophrénique paranoïaque processive (comme l'entend Jaspers) et enfin « catatonie involutive ».

Toutes ces affections, différentes comme étiologic, comme cours, comme pronostic et comme anatomie pathologique, sont unifiées par le fait que, toutes, elles évoluent absolument sur la base de psychopathie schizoïde chez un psychopathe schizoïde et que, toutes, elles présentent des différentes affections et réactions de dégénérescence schizoïde. L'assertion des auteurs (Claude et autres) que la schizophrénie peut se développer chez des individus non schizoïdes — nous semble inadmissible après des analyses minutieuses de la personnalité prémorbide.

Les psychoses schizophréniques ne se manifestent que chez les schizoïdes et nous ne pouvons point inclure dans ce groupe les cas de « schizoïdisation » observée chez un individu jusque-là bien portant ; des causes faciles à expliquer peuvent provoquer la schizoïdisation, la neurasthénisation et l'hystérisation d'une personnalité pendant toutes sortes d'affections chez des psychopathes de tous les genres, sans toutefois que ces psychoses deviennent schizophréniques, neurasthéniques et autres.

Ainsi, la schizophrénie, telle qu'on se la représente pour le moment, n'existe pas comme affection « unique » (comme une seule maladie). C'est un produit artificiel, créé synthétiquement, dont l'existence ne saurait être justifiée que par l'évolution historique de la pensée psychiatrique. Ce terme ne nous est plus nécessaire aujourd'hui, il est même nuisible, exemple : les psychiatres appliquent actuellement dans le traitement de la soi-

disant schizophrénie la thérapeutique de choc (insuline, thérapeutique par le sommeil, méthode de V. Meduna) : ils obtiennent des résultats de toute espèce car ils ont recours aux mêmes moyens dans des maladies tout à fait différentes.

H. Claude a raison de dire dans les discussions à propos de la communication de Paul Courbon et Assaud : *Insulinothérapie convulsivante (Annales médico-psychologiques*, mai 1939, p. 929) : « Après cette discussion et après tous les travaux, toutes les statistiques publiées sur les deux thérapeutiques qu'on vient d'étudier, il est bien difficile de préciser le diagnostic des cas auxquels elles conviennent. Qu'est-ce que la schizophrénie ? Qu'est-ce que la démence précoce ? Le cas que l'on présente sous une de ces deux étiquettes ne mériterait-il pas l'autre ? Et souvent ne semble-t-il pas qu'aucune des deux ne lui convient (p. 948).

Passons à la *paraphrénie*.

Dans sa préface au chapitre « Des démences endogènes », Kræpelin, dit que Bleuler a classé dans le même groupe des schizophrénies et plus tard dans une même maladie, les deux genres de démences : la démence précoce et la paraphrénie. De cette manière, d'après Bleuler, la paraphrénie perd déjà son droit d'occuper une place indépendante dans la nosographie clinique. Kræpelin estimait comme caractéristique pour la paraphrénie des troubles à peine perceptibles dans la sphère sensorielle et volontaire, une discordance dans la vie mentale moins accentuée qu'elle ne l'est dans d'autres démences endogènes et moins de souffrances dans ces sphères en présence de l'état délirant fort accusé. Le désaccord mental se borne aux troubles de la compréhension. La paraphrénie se manifeste, provenant de causes internes et amène à la démence psychique plus ou moins grave. Kræpelin soulignait que la paraphrénie qu'il décrivait de cette façon avait été décrite par Magnan sous le titre du « Délire chronique à évolution systématique ». Kræpelin décrit : 1° la paraphrénie systématique ; 2° la paraphrénie expansive ; 3° la paraphrénie confabulative et 4° la paraphrénie fantasque. En étudiant la forme systématique, Kræpelin dit que ses études parlent contre le point de vue de Magnan, qui s'efforçait de dissocier le délire chronique des psychoses délirantes des dégénérés. Dans sa description de la paraphrénie, Kræpelin dit entre autre : « il n'a pas été définitivement résolu si les tableaux cliniques groupés dans un essai (comme expérience), représentent déjà une entité clinique » — et après : « quant à moi, c'est au contraire à peine si je doute que ce serait commettre un

viol que de les faire entrer dans une des formes morbides qui nous sont connues. J'ai longtemps considéré une partie des maladies ici décrits, comme des maniaques : la seule différence — c'est que la paraphrénie expansive est une affection qui ne se manifeste qu'une seule fois et qui dure pendant 12-18 ans. Ce sont ces cas que Thalbittzer isole sous le nom de « folie délirante maniaque » (Manische Wahnsinn). Plus proche encore est l'idée des *confusions hystériques*. Or, continue Kræpelin, en vue du progrès du délire et du trouble des sentiments solidement établis, en vue aussi de l'évolution lente de la maladie chez des sujets âgés et avec l'apparition des caractères de démence psychique — il ne saurait être question de trouble mental hystérique comme tel ».

Cependant nous sommes d'avis que, aucune psychopathie, l'hystéroïde y compris, — n'est dépourvue de progrès dans l'expression de son profil et que la psychopathie hystéroïde à l'âge plus avancé peut aussi se traduire par des psychoses délirantes paranoïaques, avec le développement lent mais assidu du délire, accompagné de déséquilibre des sentiments et avec l'apparition graduelle des traits de la démence psychique.

Parente à la forme expansive, d'après Kræpelin, est la paraphrénie confabulative, dont le symptôme principal est le trouble de la mémoire.

La 4^e forme de la paraphrénie, dit Kræpelin, c'est la paraphrénie fantasque, où il s'agit de nombreuses représentations délirantes, fort variées, incohérentes, changeantes et fantasques. Kræpelin trouve que cette forme a beaucoup de ressemblance avec la démence précoce paranoïde, — elle se manifesterait souvent pendant une réclusion en prison. Pour Kræpelin, il est hors de doute qu'il existe aussi des formes transitoires entre la démence précoce et la paraphrénie fantasque.

En 1917, Krueger dans sa monographie « La paranoïa » s'est prononcé contre l'isolement de la paraphrénie, étant d'avis que ses formes — la confabulative et la fantasque — pouvaient entrer dans la doctrine de la démence précoce paranoïde ; quant aux formes systématique et expansive, elles se rapportent à la doctrine de la paranoïa.

L'assertion de Kræpelin que pour la paraphrénie systématique parle en premier lieu la manifestation tardive du trouble des sentiments nettement exprimé doit, d'après nos observations, être comprise ainsi : le délire d'un paraphrénique commence, en général, par un délire de persécution, basé surtout sur des conceptions fausses, imaginaires, hallucinatoires.

Nous avons cité ci-dessus l'opinion de Krueger sur la paraphrénie, mais sans la partager entièrement. En rendant hommage au grand talent de Kræpelin, clinicien de premier ordre, nous croyons tout de même que s'il était *alors* indispensable et consécutif d'éliminer la paraphrénie de la démence précoce paranoïde, — aujourd'hui, possédant toutes les données accumulées par la clinique psychiatrique — nous ne croyons pas possible de reconnaître l'indépendance de la paraphrénie comme telle. Nous pensons que tout le volume de faits cliniques, qui avaient été groupés par Kræpelin sous le titre de paraphrénie — permet de conclure que les psychoses chroniques délirantes du type paraphrénique ne sont rien d'autre que des psychoses paranoïaques à processus, observées dans les derniers « accords » des processus dégénératifs chez les psychopathes de tous les genres. Il va de soi que le même service historique qu'a rendu Kræpelin à la psychiatrie clinique par sa description de la paraphrénie, a été rendu à la psychiatrie par le célèbre clinicien français Magnan, avec sa monographie « Délire chronique à évolution systématique ». Or, ce livre classique, comme le reconnaît même la littérature psychiatrique française moderne ne présente aujourd'hui qu'un intérêt historique, les formes du délire chronique à évolution systématique, décrites par Magnan, étant maintenant classées en France et ailleurs tout autrement.

Nous savons aujourd'hui, malgré ce qu'en dit Magnan, que ces formes sont étroitement liées avec la psychose de dégénérescence et que si Magnan a raison de dire que « les explosions » des psychoses sont caractéristiques pour le groupe des dégénérescences — il faut y ajouter qu'elles le sont ordinairement pour les formes qui servent de début au profil du cours de la dégénérescence — formes de début de la manifestation de la dégénérescence — de même que les délires chroniques à évolution systématique sont caractéristiques pour les derniers chaînons du profil d'un tel ou tel autre type de dégénération d'une certaine psychopathie. Ces psychoses paranoïaques à processus — observées dans les derniers chaînons de la dégénérescence — sont celles qu'on appelle aujourd'hui « paraphrénies » ou « schizophrénies » (si l'auteur est enclin à « universaliser » la « schizophrénie »). Lange, lui aussi, fait une allusion à cette idée ; il écrit : « Nous trouvons, la plupart du temps, les syndromes paraphréniques, chez les gens approchant l'involution. Les processus de l'involution jouent sans doute un rôle dans la genèse de ces syndromes. Le plus grand nombre de ces tableaux appartiennent au fond à la schizophrénie (? = ce point d'interrogation, c'est nous

qui le mettons). Cependant, les *syndromes paraphréniques* se rencontrent de même, comme expression de la démence maniaque-dépressive (alors les changements survenus dans la sphère sensorielle sont prononcés avec beaucoup de netteté) ; nous les observons aussi, comme épisodes, dans les affections cérébrales organiques. La conclusion que nous tirons de tout ce qui vient d'être dit est la suivante : ni la paraphrénie de Kræpelin, ni le délire chronique à évolution systématique de Magnan ne sont des entités pathologiques, comme elles ne sont pas des formes qui appartiennent absolument à la schizophrénie.

La grande majorité de ces psychoses délirantes se rapportant à des psychopathies différentes, se manifestent chez des sujets âgés et constituent ce qu'on pourrait appeler des psychoses paranoïaques à processus (comme l'entend Jaspers). C'est ainsi que nous observons dans la clinique des psychoses à processus paranoïaques, cycloïdes, épileptoïdes, hystériques, schizoïdes, neurasthénoides et psychasthénoides, — toujours intimement liées avec une personnalité prémorbide déterminée — pure ou en certaines alliances bien définies (schizoépileptoïdes, cycloschizoïdes, etc.).

Passons à la « *cyclophrénie* » ou *psychose* maniaque-dépressive. Griesinger a déjà décrit des formes transitoires entre la manie et la mélancolie, par exemple le tableau d'une humeur oppressée, accompagnée d'une agitation motrice, conformément à la description moderne de la mélancolie agitée ; Guislain a décrit la « *Melancolia maniaca* ». La parenté entre la manie et la mélancolie fut aussi notée dans la description presque simultanée de la « *Psychose circulaire* » par Falret et Baillarger, et dans celle de la « *Folie à double forme* ». A mesure qu'on étudiait la psychose circulaire, les auteurs comme Marcé, Foville, Dehio faisaient remarquer que les deux phases de la psychose sont loin d'être toujours pures : juste au moment où un état se transforme en un autre, peuvent exister assez longtemps des formes mixtes, des caractères (traits) de manie peuvent entrer dans la mélancolie et vice-versa (Magnan). Après que fut créée la doctrine de la psychose circulaire, celle de la psychose périodique, celle de la mélancolie agitée et une fois que Dehio eut décrit en 1894 la stupeur maniacale — l'idée que la manie pure, la mélancolie, la manie et la mélancolie périodiques, la folie circulaire étaient des maladies indépendantes — devenait plus que douteuse. Or, il fallut tout le brillant talent clinique de Kræpelin pour que le cours historique de la pensée psychiatrique aboutisse à une doctrine harmonieuse : la *psychose maniaque-dépressive* — comme entité nosologique bien déterminée.

Il est aussi intéressant de noter, au point de vue historique, que le « Maître » de Kræpelin, Kahlbaum, opposait les formes légères de la maladie, les cyclothymies, aux formes graves, vésanies typiques circulaires qui mènent à la démenée psychique. L'élève de Kræpelin, Lange, traite dans son manuel de la démenée maniaco-dépressive comme d'une maladie héréditaire, endogène, dégénérative. Lange pense qu'il y va de certaines prédispositions héréditaires (peut-être même de certaines particularités du cerveau (1) qui, sous l'effet de changements biologiques, provoquent des tableaux de psychose dégénérative.

En parlant du cours de la psychose maniaeco-dépressive, Lange dit que cette folie peut revêtir toutes les formes imaginaires, depuis les phases qui ne se manifestent qu'une seule fois et durent peu, jusqu'à la phase éhronique, durant tout le long de la vie et présentant des intermittences d'oscillations maniaques et dépressives ; un très grand nombre de formes oscille entre ces deux extrémités. Quant aux causes de la démenée maniaco-dépressive, Lange les met dans l'hérédité, mais il pense que quelque chose de plus doit produire un effet sur les tempéraments cycloïdes pour provoquer les phases de l'affection ; les détails de ce « quelque chose », nous les ignorons encore.

Dans beaucoup de cas, il suffit, paraît-il, de l'agitation de tous les jours pour que cette prédisposition morbide se manifeste. Dans d'autres cas, la maladie est consécutive à une infection ; chez les femmes, elle coïncide avec les phases de la vie sexuelle, grossesse, couches, allaitement, involution, climaterie ; elle peut coïncider aussi avec le progrès de l'artériosclérose, etc. Il existe, certes, aussi, des mélancolies psychogènes réactives (2).

La cause essentielle, comme Lange a raison de le croire, consiste toujours dans la prédisposition héréditaire, sans quoi la soi-disant folie maniaeco-dépressive ne peut jamais survenir.

Lange dit, en parlant de la prévention de la maladie, que cette question est surtout eugénique, mais que la stérilisation n'est pas toujours une mesure efficace, car beaucoup de maniaques dépressifs sont des gens utiles à la société. Souvent, même, ce sont des gens doués et la psychose maniaque-dépressive s'observe le plus souvent parmi les genres particulièrement chers à la société et la culture ». Nous, nous sommes catégoriquement

(1) V. l'ouvrage de THALBITZER, *Archiv. f. Psychiatrie*, Band 43, Heft 3.

(2) Des cas de manie réactive ont été étudiés dans notre clinique par le docteur Sloutchewskaya.

contre la stérilisation : les mesures eugéniques ne doivent pas être dirigées vers la stérilisation, mais vers la guérison du genre par tous les moyens possibles, ayant en vue qu'il existe toujours dans un genre, parallèlement aux tendances dégénératives, des tendances salutaires, régénératrices, qui sont difficiles à escompter mais dont on doit tenir compte.

Nous partageons entièrement, jusqu'au dernier temps, le point de vue de Kræpelin sur la psychose maniaque dépressive, que nous tenions pour une maladie isolée, une entité nosologique.

Aujourd'hui, nous raisonnons tout autrement. Même Kræpelin disait que la possibilité d'établir l'histoire de l'apparition des phénomènes morbides se niche dans l'étude du cours général du développement de la personnalité humaine, car les qualités personnelles du malade peuvent dans la suite produire un effet sur l'évolution du tableau de la maladie. Les symptômes de l'affection sont d'une certaine façon des traits particuliers par lesquels le sujet réagit aux choses nuisibles. Mauz dans sa monographie, ne mentionne déjà plus la psychose maniaco-dépressive comme entité nosologique. D'après lui, la voie qu'il faut suivre c'est de rejeter comme une idée nuisible, l'idée de dissocier les entités morbides mais de se mettre à bien étudier les tableaux morbides vitaux (1). Le temps est passé, dit Mauz, de dissocier les entités cliniques sans faire attention aux liaisons naturelles, aux remplacements et aux transitions. Mauz a raison de vouloir transporter le centre de gravité sur l'étude du profil de la vie. Une observation minutieuse de la courbe vitale prouve dans les cas pareils qu'en certaines circonstances, la coupe transversale du tableau de la maladie est trompeuse.

D'accord avec ces idées — la voie que suivaient les travaux de notre clinique était celle qui servait à étudier les groupes psychopathiques, le profil de manifestation de phénomènes morbides, vu dans le profil de la vie (profil de dégénération) du sujet et toute l'histoire de sa personnalité au point de vue génétique et morphologique aussi bien que du côté de son tempérament et de son caractère. Dès lors, nous fûmes persuadé que tout ce cycle de symptômes et de syndromes unis sous le titre de « Psychose maniaque dépressive » n'est pas en réalité une seule affection, mais une série de maladies que l'on peut et doit considérer comme réactions d'un psychopathe cycloïde au nuisible de

(1) MAUZ : « Die Pronostik der endogenen Psychosen ». Thieme, Leipzig, 1930.

toute espèce, que ce nuisible soit du genre exogène, endogène ou psychogène.

En effet, quelle est donc cette maladie, qui dure autant que dure la vie (1) et qui peut aussi bien se traduire par un seul accès que par divers accès renouvelés pendant toute la vie du sujet ? Quelle est cette maladie qui est due à des causes aussi différentes que le sont ses issues ? Est-ce la même et seule psychose que l'état maniaque consécutif à une infection et celui qui se manifeste comme état réactif à un trauma psychique, ou celui qui coïncide avec la grossesse, l'accouchement, l'allaitement, ou la psychose se manifestant pendant la période de l'involution, présentant des traits de psychose délirante chronique ? Une seule et même maladie doit avoir, d'après les principes de nosologie, une même cause dans chaque cas à part. Les tableaux cliniques de la manie et de la psychose maniaque dépressive sont aussi trop différents. Il est plus juste d'admettre que ce sont là des différentes réactions du même psychopathe cycloïde à des causes différentes ; ce sont deux maladies qui se développent seulement sur le même terrain de dégénération cycloïde. C'est ainsi que nous pensons, en fixant en premier lieu toute notre attention sur la psychopathie cycloïde, étant d'avis que c'est elle qui peut se traduire par divers types de réactions cliniques, dues à la fusion des malignités endogènes, exogènes et psychogènes et dépendant aussi de l'âge du sujet. A ces types de réactions cliniques se rapporteront l'euphorie constitutionnelle ou dépressive, la manie et la mélancolie manifestées une seule fois, la manie et la mélancolie périodiques, la folie à double forme, la psychose circulaire, la mélancolie d'involution, la mélancolie chronique et la psychose mélancolique délirante. Le grand mérite de Kræpelin est d'avoir le premier saisi « la parenté » de ces maladies et de l'avoir exprimé dans sa doctrine « Psychose maniaco-dépressive ». Or, toutes ces formes, comme l'a prouvé leur étude postérieure, sont unifiées non parce qu'elles présentent la même maladie, une seule entité nosologique (ce qui, d'ailleurs, n'est pas en réalité), mais parce qu'elles appartiennent toutes aux réactions d'un psychopathe cycloïde, que toutes elles se développent sur le même terrain et que, toutes aussi, elles appartiennent aux réactions de dégénérescence cycloïde et au processus de l'évolution de la psychopathie cycloïde dégénérative. Toutes ces thèses étaient si voilées

(1) V. l'article de Maurice OLIVIER : « Soixante ans de psychose maniaco-dépressive ». *Annales Médico-Psychologiques*, mars 1938.

qu'il avait fallu beaucoup de temps pour comprendre le vrai fond des choses et que longtemps on a cru que la psychose maniaque dépressive était une réelle entité clinique nosologique.

On finit pourtant, par établir que la psychose maniaco-dépressive était un produit synthétique où le centre de gravité de l'unité des réactions avait été transporté du terrain sur une unification morbide nosologique. En portant un jugement sur la clinique des réactions cycloïdes, on doit toujours se souvenir que l'état maniaque et l'état dépressif appartiennent aux réactions générales du cerveau et qu'on les observe dans tous les genres de psychopathies, et non exceptionnellement en psychopathie cycloïde. Si l'on considère la psychose maniaco-dépressive comme une entité nosologique — on sera bien obligé d'en conclure qu'un cycloïde ne réagirait aux diverses nuisibilités que par une seule et même maladie mentale, ce qui contredirait les exigences de la clinique, d'après lesquelles elle établit une entité nosologique. Pourquoi, en effet, regarder comme manifestations d'une même maladie le premier accès maniaque survenu à l'âge de 18-20 ans, la psychose des femmes enceintes, la mélancolie délirante et la psychose maniaco-délirante ? Pourquoi ne pas les prendre pour maladies « parentes » appartenant aux réactions *morbides* d'une même personnalité cyclo-psychopathique ? Ces réactions ont souvent une étiologie tout autre, un pronostic tout différent, — comme elles diffèrent en traitement — le tout dépendant de la cause directe qui aura provoqué la psychose.

Prenons encore comme exemple la mélancolie climatérique, dont l'indépendance clinique n'avait jamais été niée même par Kraepelin, — on devra, toutefois, reconnaître que par cette maladie peuvent être atteints les cycloïdes aussi bien que d'autres psychopathes. Ainsi, malgré que la mélancolie climatérique soit une affection indépendante, chez un cycloïde ce ne sera qu'une des formes de réaction aux conditions propres à la climatérie, forme qui devra donc être incluse dans le cercle des psychoses cycloïdes, où sans doute ne peuvent entrer les mélancolies climatériques d'autres groupes psychopathiques.

Le problème qui se pose aujourd'hui devant la psychiatrie, c'est l'étude des psychopathies et de leur expression durant toute la vie du sujet. Il importe de connaître les profils des psychopathies. Nous sommes loin de vouloir diminuer par là l'importance de l'étude des relations qui existent entre les phénomènes cliniques, les causes des psychoses et l'effet que produit sur le sujet, le milieu qui l'entoure. Deux doctrines basales, dont nous devons l'élaboration au génie de la psychiatrie française — « La

loi de la dégénérescence » de Magnan et « Les constitutions psychopathiques » de Dupré — doivent servir de fondement pour la classification clinique moderne. Si l'on ne veut donner à ces doctrines que le nom « d'hypothèses ouvrières », on ne pourra tout de même pas bâtir une classification de maladies mentales sans en tenir compte.

M. René Charpentier a bien raison de dire dans son bel et célèbre ouvrage : « De l'idée de dégénérescence à la doctrine des « constitutions » (1), après avoir exposé la doctrine de Dupré : « Telle est trop succinctement résumée la notion nouvelle introduite par Dupré en pathologie mentale. Née de la dégénérescence mentale qu'elle tend à dissocier en constitutions distinctes, mais susceptibles d'association, elle participe de sa vérité « étiologique et représente au point de vue nosographique et « clinique une analyse susceptible de fournir des éléments de « classification, de pronostic et de traitement ».

D'après Dupré, « la constitution morbide, réalité clinique, à « sémiologie objective et d'ordre psychoneurologique, représente en psychiatrie une notion solide, féconde, pleine d'enseignements pour le diagnostic et le pronostic, contenant la « formule psychologique (et ajoutons, « somatique ») de nos « malades, puisqu'elle a éclairé le présent et en dévoile l'avenir ».

« C'est sur ces constitutions morbides, sur ces anomalies foncières et permanentes d'ordre pathologique, que repose en « grande partie la pathologie mentale inorganique » et, ajoute M. René Charpentier, « la constitution morbide, au sens psychiatrique, apparaît comme l'ébauche et le germe d'une affection « mentale en puissance et possède en elle-même une signification « nosologique. C'est là un point capital. Une doctrine est née ! — « fille de la dégénérescence, qui vise à son tour à servir de base à « la nosographie psychiatrique. »

Citons encore un extrait du même ouvrage de M. René Charpentier : « Née du démembrement de l'état primordial de déséquilibre mental de la dégénérescence, la doctrine des constitutions est un essai d'individualisation, pour les uns de dispositions psychiques exclusivement, et pour les autres de complexes « somato-psychiques dans lesquels les fonctions endocrino-sym- « pathiques semblent devoir occuper une place importante jus-

(1) René CHARPENTIER : « De l'idée de dégénérescence à la doctrine des constitutions », *Journal de neurologie et de psychiatrie*, Bruxelles, 1932.

« qu'ici insuffisamment précisée. Cette dernière conception me paraît renfermer une grande part de vérité. »

Rappelant les travaux d'Ach. Delmas et Marcel Boll, M. René Charpentier écrit : « Ces constitutions innées et permanentes apportent une base solide au classement des psychoses constitutionnelles. » En littérature allemande, c'est surtout Kleist qui partage ce point de vue.

Ainsi, en nous fondant sur l'étude des constitutions psychopathiques et sur l'expérience de notre clinique, nous arrivons à la conclusion qu'il n'existe pas de schizophrénie unique (seule), comme le veulent beaucoup de cliniciens. Elle n'existe pas comme entité nosographique. Ce qui existe, ce sont des psychoses du groupe schizophrénique comme réactions des psychopathes schizoïdes. Il n'existe pas non plus, dans le sens nosographique, *une seule* psychose maniaque-dépressive. Il existe des psychoses, réactions de psychopathes cycloïdes à la nuisibilité de toute espèce. Il n'y a pas de paraphrénie comme maladie dissociée, mais des psychoses de diverses personnalités, se développant à l'âge avancé, comme réactions tardives et graves, exprimées par le délire chronique plus ou moins systématique. Les psychoses de ce genre, dont nous ignorons encore l'anatomie, correspondent pourtant à ce que Jaspers appelle « Psychoses à processus ».

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du Lundi 23 Octobre 1939

Présidence : M. LAIGNEL-LAVASTINE, président

Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du jeudi 13 juillet 1939 est adopté.

Correspondance

La correspondance comprend :

une lettre de Mme Adam, excusant M. le Dr Frantz ADAM, *membre correspondant national*, actuellement mobilisé, de ne pouvoir assister à la séance ;

une lettre de M. le Dr DEMAY, *membre titulaire*, communiquant la requête qu'il a adressée, en qualité de Président de l'Association amicale des Médecins des Etablissements publics d'aliénés de France, à M. le Président du Conseil des Ministres, Ministre de la Défense Nationale, et demandant « que les médecins des hôpitaux psychiatriques mobilisés soient appelés à diriger des centres psychiatriques et soient affectés à toutes les formations destinées au triage et au traitement des militaires atteints de troubles mentaux » ;

le tome XII des *Travaux de la Clinique neuro-psychiatrique* d'Amsterdam (Professeur Bouman).

Décès du Docteur Lwoff**S. LWOFF (1859-1939)**

M. LAIGNEL-LAVASTINE, *Président*. — Salomon LWOFF était né en Russie, à Krementchoug, le 5 janvier 1859. Naturalisé français, interne des Asiles de la Seine en 1886, Médecin adjoint des Asiles de la région de Paris au concours de 1891, après un séjour à Auxerre, il fut appelé à organiser le placement familial des hommes à Ainay-le-Château. En 1905, il ouvrait l'Asile de Moisselles. Puis sa carrière se déroula à Maison-Blanche (1905-1921) et à Villejuif (1921-1924).

Il avait consacré sa thèse aux troubles intellectuels dans les lésions circonscrites du cerveau. Elève de Magnan, il étudia les dangers de l'hypnotisme, le chlorhydrate d'hyoscine (avec Magnan), le véronal. D'une mission au Maroc il rapporta, avec M. Sérieux, de précieux documents sur l'assistance indigène. Il appartenait, depuis 1893, à la Société Médico-psychologique, et fit d'intéressantes présentations à la Société Clinique de Médecine Mentale.

L'œuvre capitale de Lwoff restera la fondation de la Colonie d'Ainay-le-Château, où il mit en action tout son dévouement aux malades mentaux. Ses Rapports médicaux à la Préfecture de la Seine (1901 à 1904) font revivre toutes les difficultés de la première heure et les satisfactions des premiers résultats. Trente ans plus tard, de vieux malades d'Ainay, qui l'avaient connu, gardaient le souvenir de sa haute conscience et de sa bonté. N'est-ce pas le plus bel éloge que l'on puisse faire du Médecin et de l'Homme ?

Décès du Docteur Paul Camus**Paul CAMUS (1877-1939)**

M. LAIGNEL-LAVASTINE, *Président*. — Paul CAMUS, qui vient de succomber à une longue maladie, le 14 août dernier, dans sa 62^e année, appartenait à une éminente famille médicale. Il était le frère de Jean Camus, le grand physiologiste, si tôt disparu, et de Lucien Camus, qui dirigea pendant de longues années le service des vaccinations de l'Académie de Médecine.

Interne provisoire, puis titulaire (1904) des Hôpitaux de Paris, il fut nommé médecin des services d'aliénés de l'Assistance publique au concours de 1909. Comme médecin de l'Hospice de

Bicêtre, il fut pendant dix ans à la tête de la Fondation Vallée (1928), et s'y consacra au traitement de l'enfance anormale.

Paul Camus laisse une œuvre de valeur, basée sur une observation clinique minutieuse. Elève de Dupré, de Deny, de Déjerine, de Gaucher, il s'est intéressé surtout aux affections, qui, aux frontières communes de la Neurologie et de la Psychiatrie, unissent aux atteintes organiques des troubles subjectifs accentués.

Avec Dupré, il débute par la description des cénestopathies (1907), dont il étudiera plus tard diverses localisations et associations. Avec Deny, il écrit un volume sur les Folies intermittentes ; et chez Deny, il se lie avec notre bien regretté Charles Blondel. Il décrit avec lui le délire des gouvernantes, premier type de ces drames morbides des relations sociales, qui ont suscité, depuis lors, un intérêt toujours croissant. Sa thèse est une riche monographie des radiculites, préfacée par Déjerine. Rappelons encore son travail sur l'euphorie délirante des tuberculeux, etc...

Il faisait partie, depuis longtemps, de la Société de Psychiatrie, et lors de la fusion, en 1930, il devint membre de la Société Médico-psychologique.

Esprit distingué, Paul Camus faisait toujours preuve d'une profonde affabilité et d'une grande modestie. Il a honoré la psychiatrie française, et particulièrement l'école de la Salpêtrière, dont il continuait la belle tradition classique.

Discours inédit de Gerdy à la présidence de la Société Médico-psychologique, par M. LAIGNEL-LAVASTINE.

Lors de mon allocution, en prenant place dans ce fauteuil (1) le 23 janvier de cette année, j'ai rappelé que j'avais trouvé, dans le *Carton 5.161*, en faisant l'inventaire du *Cabinet des manuscrits* de la Faculté de Médecine (2), un discours de Gerdy à la Société Médico-psychologique, et qu'il m'a été impossible, ainsi qu'à mon ami René Charpentier, que je remercie de son obligeance, de retrouver imprimé dans nos *Annales*. C'est pourquoi je me permets de vous le faire connaître.

La chemise, sur laquelle Gerdy a écrit : *Ouverture de la Société Médico-psychologique* et qu'il faut, à mon avis, interpréter-

(1) LAIGNEL-LAVASTINE. — *Annales médico-psychol.*, janvier 1939, p. 115.

(2) LAIGNEL-LAVASTINE. — Manipulations bibliographiques : des manuscrits, 2 mai 1932, *Le Centaure*, 15 décembre 1932, et *Science*, nov. 1938.

ter comme son discours d'ouverture en qualité de Président de la Société en juillet 1853, contient des feuillets autographes et d'autres écrits par un copiste banal. J'ai reproduit les uns et les autres, car le texte du copiste a été revu, corrigé et augmenté par Gerdy, dont on reconnaît facilement l'écriture régulière, à la fois nerveuse et appuyée, qui exprime bien son intelligence ouverte servie par un tempérament suractif.

Les deux premières pages sont autographes ; suivent dix pages du copiste, puis quatre pages autographes et seize pages du copiste terminées par la conclusion autographe.

L'auteur donne lecture de ce document que la place disponible ne permet malheureusement pas de reproduire actuellement *in extenso*.

En résumé, après une critique pertinente de ce qu'on appelle trop facilement l'objectivité du fait, Gerdy montre que les sources documentaires de la psychiatrie débordent largement la clinique des malades, internés ou non, mais se trouvent aussi dans la littérature, l'art, l'histoire, la législation, la politique, les gouvernements, les religions, l'éducation, l'administration de la justice, l'administration civile et militaire, l'observation des animaux sauvages et domestiques.

Je m'excuse un peu de la longueur de Gerdy ; mais je pense que ce discours, qui ne fut pas imprimé en 1853, sans doute, à cause de la censure impériale, méritait d'être sorti de l'oubli parce qu'il rappelle les principes fondamentaux des connexions intimes de la sociologie et de la psychologie normales et pathologiques qu'il a exposés en 1846 dans sa *Physiologie philosophique* (1) et que, par endroits, on sent, dans sa pensée si large et et si vive, des reflets d'Auguste Comte.

Hommage à la mémoire du professeur Bleuler, par M. E. MINKOWSKI.

En cette séance, au cours de laquelle notre Président nous a fait revivre une tranche du passé de notre Société en nous présentant le discours inédit d'un de ses anciens présidents, au cours de laquelle furent évoqués également — preuve tangible de ce que, par-delà la mort, l'effort et la pensée humaines per-

(1) GERDY (P.-N.). — *Physiologie philosophique des sensations et de l'intelligence fondée sur des recherches et des observations nouvelles et applications à la morale, à l'éducation, à la politique*, 1846.

sistent — les noms de psychiatres disparus, il paraît tout indiqué de rendre hommage à la mémoire d'un autre grand psychiatre encore que nous venons de perdre. Aux noms évoqués, nous voudrions associer celui du Professeur Bleuler, décédé le 15 juillet, en sa 83^e année.

Comme nous ne nous attendions pas à parler ici, dès aujourd'hui, de notre cher et vénéré maître, nous n'avons point sous la main de dates ni de données précises. C'est le caractère de cette séance qui nous a incité à parler de lui à l'improviste, tout en nous obligeant à nous en tenir à quelques grandes lignes.

Issu d'une vieille famille de cultivateurs suisses, Bleuler resta, sa vie durant, attaché au « labour de la terre », au travail dur, assidu, positif et fécond qu'elle impose. Simplicité, droiture, honnêteté dans le travail et dans les rapports avec ses semblables, labeur inlassable, tels sont les traits qui caractérisent l'homme. La simplicité de Bleuler est devenue légendaire. Jointe à l'objectivité qu'il manifestait en toutes circonstances, elle formait le fond de ses rapports avec ses collaborateurs. Toute suggestion, toute critique même, venant de leur part, étaient prises en considération par lui. Un souvenir me revient à l'esprit à ce propos. Un jour, ma femme formulait, devant des assistants de la clinique, quelques critiques sur la manière de Bleuler d'interroger les candidats aux examens. L'un des assistants en parla au maître. Le résultat fut que Bleuler fit appeler ma femme... et lui proposa de se tenir, lors d'un des prochains examens, dans une pièce voisine de façon à lui montrer, à des exemples concrets, les erreurs psychologiques qu'il aurait pu commettre dans sa manière d'interroger. Rares sont ceux qui auraient eu la même conduite à sa place. Mais tout Bleuler est là, et ce trait explique le profond attachement que tous nous lui avons gardé. Pourtant, il nous rendait parfois la vie dure. Travailleur inlassable lui-même, rares étaient les moments de détente qu'il nous accordait. Un petit escalier en colimaçon descendait directement de son appartement du premier au bureau où, la visite clinique une fois terminée, les assistants rédigeaient les observations ou les rapports. Souvent Bleuler empruntait cet escalier et se trouvait ainsi, à l'improviste, parmi ses collaborateurs pour leur parler, pour discuter avec eux, mais aussi pour surveiller leur travail. Comment ne pas lui être reconnaissant de nous avoir formés à cette école !

Toute l'activité psychiatrique de Bleuler se déroula dans son canton natal de Zurich, en dehors d'un voyage d'études à l'étran-

ger que, jeune médecin, il entreprit et au cours duquel il eut également l'occasion de suivre, à Paris, les leçons et les démonstrations cliniques de Charcot et de Magnan. A l'âge de 29 ans, il fut nommé médecin-directeur de l'Asile de Rheinau, dans le canton de Zurich, destiné avant tout aux malades chroniques. Là déjà, il se signale par ses travaux scientifiques et ses dons d'organisateur : il transforme l'Asile en y introduisant, dans une mesure inconnue jusque-là, la thérapie par le travail. Cela lui valut d'être appelé, douze ans plus tard, sans avoir jamais été agrégé, à la chaire de psychiatrie de la Faculté et à la direction de l'Asile de Zurich, rendues vacantes par la retraite d'Auguste Forel. Ni les autorités cantonales, ni la Faculté n'ont eu à regretter ce choix. Bleuler finit d'acquérir dans ce poste une réputation mondiale et y poursuivit son activité féconde, pour prendre ensuite sa retraite, à l'âge de 70 ans, et se retirer dans son village natal, Zollikon, près de Zurich, où il vient de mourir.

L'œuvre de Bleuler est suffisamment connue. Au premier plan se place son important ouvrage sur la Schizophrénie, paru en 1911. Il n'est point nécessaire de s'étendre ici sur la portée de cette monographie clinique. Bornons-nous seulement à indiquer les trois facteurs essentiels qui ont présidé à l'élaboration des conceptions originales et personnelles de Bleuler : l'orientation donnée par Kræpelin à la notion clinique de démence précoce, les recherches psychanalytiques de Freud et enfin, en psychologie, le vieil associationnisme auquel Bleuler est toujours resté fidèle. Pour ce qui est en particulier de la psychanalyse, Bleuler — et nous retrouvons là son honnêteté et son objectivité scientifiques — fut le premier psychiatre « officiel » qui ouvrit largement les portes de sa clinique aux recherches freudiennes, pour se séparer du reste de la psychanalyse plus tard, à partir du moment où celle-ci devenait trop doctrinale et trop schématique à son gré. On fit valoir d'ailleurs contre lui, si je ne me trompe, son attitude première à l'égard de la psychanalyse lorsqu'il fut question un jour de lui proposer une chaire en Allemagne. C'est à l'influence de Freud que nous devons, dans l'œuvre de Bleuler — et ici il y a lieu de mentionner la collaboration de Jung — la notion du « contenu de la psychose » qui, sans venir empiéter sur le domaine de l'étiologie, nous a permis de déchiffrer le sens, en les ramenant à des mécanismes affectifs sous-jacents, de certaines manifestations, si étranges, si paradoxales, si incompréhensibles à première vue, des schizophrènes. De l'entrecroisement des facteurs indiqués plus haut, est née aussi la notion de « l'autisme », notion qui, destinée à servir de base à la

façon d'être toute particulière des schizophrènes, constitue, à notre avis, une des acquisitions fondamentales et des plus fécondes de la psychiatrie et de la psychopathologie contemporaines. Bleuler lui-même, du reste, subordonne l'autisme, comme le veut l'associationnisme, à un relâchement particulier des associations et en diminue ainsi presque la portée, tandis que, par la suite, c'est cette nouvelle notion qui s'affirmera de plus en plus dans son originalité première.

Souvent on a reproché à Bleuler l'extension démesurée donnée à la notion clinique de schizophrénie. Parfois on a dit qu'elle était un véritable « oreiller de paresse » pour le psychiatre, puisque, dans la grande majorité des cas, on pouvait poser à l'aveuglette presque ce diagnostic sans courir le risque de commettre une erreur. Ceux qui ont vu Bleuler examiner un des « multiples » schizophrènes, savent qu'il n'en est rien au fond, car à ses élèves, en dehors du diagnostic, il a su inculquer l'analyse détaillée et fouillée du malade, telle qu'il la préconisait et qu'il la pratiquait lui-même. Du reste, tout ce que produit l'être humain est nécessairement relatif et sujet à caution, puisque à la vérité toute faite nous préférons la vérité qui reste à trouver. Le tout est de savoir, par ses recherches, stimuler la pensée et les recherches d'autrui.

Bleuler écrivit également quelques ouvrages de psychologie, mais ils n'eurent point le même retentissement que ses recherches psychiatriques, peut-être parce que fixés aux notions en cours dans ce domaine lors de la jeunesse de leur auteur, ils avaient, d'emblée, quelque chose de suranné. Bleuler souffrit de ce que ces ouvrages ne trouvèrent point l'écho qu'il escomptait, enclin même à les faire passer avant la schizophrénie.

Après avoir pris sa retraite, Bleuler se tourna vers les questions « métapsychiques ». Comment cet esprit si positif, qui se montrait toujours si réfractaire à tout ce qui était « philosophie ou métaphysique », qui professa toujours le respect absolu des faits et rien que des faits, s'hasarda-t-il sur ce terrain glissant pour y faire preuve parfois, à l'instar de bien d'autres, d'un certain manque de jugement ? Nous y verrions volontiers la preuve que, pour positif que se dise un esprit, il existe, dans chaque âme humaine, des recoins secrets qui, tôt ou tard, cherchent à échapper à l'emprise des faits seuls pour essayer de regarder par-delà. Là aussi, Bleuler se montra être humain au sens élevé du terme, et à cet homme et à son œuvre, nous avons voulu rendre hommage dans notre séance d'aujourd'hui consacrée, en partie, aux disparus et au passé.

L'Œuvre de S. Freud. Esquisse critique, par M. H. CODET.

Les journaux annoncent la mort de S. Freud, à l'âge de 83 ans, et l'on ne peut s'empêcher de chercher une évaluation de son rôle, de sa valeur, du retentissement de ses travaux. Il est certainement impossible, quant à présent, d'en faire exactement le bilan. On ne peut guère faire le point quant à son œuvre qui a suscité tant d'opposition et tant d'engouement, mais on peut essayer objectivement de s'en approcher.

Tout d'abord, il est difficile de ne pas rendre hommage à sa ténacité dans le labeur, à sa probité scientifique. C'est elle qui lui a permis, dans la période si dure de ses débuts, de renoncer au bénéfice de situations officielles et de clientèle lucrative, parce qu'il ne pouvait pas renier sa conviction dans la Psychanalyse. Rappelons aussi qu'il fut victime des persécutions hitlériennes et expulsé d'Autriche à 82 ans, avec une lourde rançon.

Par la suite, il fut évidemment soutenu par l'ardeur de ses disciples, par le succès auprès de milieux divers ; mais il resta aussi en lutte à bien des oppositions, de caractère plus ou moins objectif, à titre d'exemple, je peux signaler en passant qu'ayant été parmi les fondateurs de la Société Française de Psychanalyse, j'ai cru devoir en démissionner l'an dernier sans renoncer à l'étude et à l'application de la méthode.

On peut, dès à présent, esquisser rapidement l'étude des causes de contradiction et d'adhésion à ses idées.

Parmi les premières, il apparaît bien que ses théories sur l'inconscient et sur la prévalence de l'affectivité par rapport à l'activité logique et intellectuelle venaient heurter un principe d'orgueil terriblement répandu.

Il est certain que beaucoup d'hommes sont choqués lorsqu'on tente de leur démontrer que la suprématie de leur intelligence et de leur volonté est très souvent illusoire et que leur comportement est beaucoup plus habituellement dirigé par des tendances instinctives ou acquises, faites de sympathie ou d'antipathie, de plaisir ou de déplaisir, *à priori* impossibles à expliquer et à justifier.

On voit aussi combien certains jugent blessant qu'on veuille leur faire voir divers traits puérils, mesquins ou anormaux du fond de leur naturel. La plupart des hommes se sont construit une image d'eux-mêmes assez optimiste et se hérissent dès qu'on discerne les petits côtés réels de leur caractère.

En particulier, pour ce qui concerne la vie sexuelle, bien nombreux sont ceux qui se leurrent, même de bonne foi, sur leur vie intérieure ou matérielle, qui oublient plus ou moins sincèrement les hésitations ou les erreurs de leur passé. Ils crient volontiers au scandale quand on signale certaines particularités de l'enfance ou de l'adolescence. S'ils veulent, à tout prix, la voir tellement chaste et pure, c'est vraisemblablement parce qu'ils redoutent la divulgation de faits personnels soigneusement enterrés sous l'oubli, l'onanisme, en particulier.

Il convient de dire, à leur crédit, que les travaux psychanalytiques, et pas tant ceux de Freud que ceux de beaucoup de ses élèves, expliquent, par leurs formules excessives et outrancièrement systématiques, cette attitude de protestation.

Ces mêmes exagérations du pansexualisme font encore comprendre l'enthousiasme suscité dans certains milieux, surtout non-médicaux. Cela permet, sous couleur de science, de parler avec aisance et crudité des sujets les plus scabreux, généralement bridés par la convenance sociale. Ce qui, du reste, prouverait, s'il en était besoin, à quel point les préoccupations de cet ordre sont fréquentes et invétérées.

On doit reconnaître aussi que la façon de présenter ses études et ses inductions n'était pas, chez Freud, proprement didactique et méthodique, loin de là. On ne peut guère contester non plus qu'il a été révélé en France par des traductions parfois décevantes. Le choix même des termes a été souvent maladroit. Pour ne prendre qu'un exemple, celui de libido a été fâcheux, suscitant, dans un esprit de langue française, bien plus une idée de perversité lubrique plutôt que son sens d'attraction, d'élan ou « d'aimance » (Pichon).

De plus, force est de reconnaître que l'œuvre de Freud a lourdement pâti de certains de ses propagandistes : dogmatisme systématique, absence d'esprit critique et de finesse, insuffisance de connaissances médicales et psychiatriques. Il est de ces défenseurs qui, dans l'ordre scientifique, ont fait à leur cause beaucoup plus de tort que de bien.

Dans le domaine pratique de l'application, il y a eu également bien des faits inquiétants : traitements indéfiniment prolongés auprès de patients fortunés, alors que ceux-ci ne manifestaient aucune velléité d'amélioration ; intrusion du psychanalyste dans la vie familiale et conjugale des malades avec la tendance à tout faire craquer ; autoritarisme tyrannique s'imposant dans tous les actes de la vie, même visant, explicitement ou non, à modifier des convictions philosophiques ou religieuses ; révéla-

tion, à certains psychopathes, de leurs instincts anti-sociaux, avec encouragement à les laisser déchainés.

Il y a là, dans des cas certainement peu nombreux, des fautes graves contre la déontologie et la simple honnêteté.

L'insuffisance de compétence médicale aurait, quelquefois, également, entraîné à entreprendre et à poursuivre un traitement psychanalytique pour une affection proprement organique, en délaissant tous soins appropriés.

A ce point de vue, une règle utile est appliquée, depuis peu d'années, importante surtout dans les psychanalyses pratiquées par les non-médecins. C'est le contrôle, avant et pendant, par un médecin, qui peut apporter une certaine sécurité relative dans ces cas.

Enfin, l'on a pu bien souvent reprocher aux psychanalystes d'user d'un vocabulaire trop peu compréhensible, de vouloir convaincre par des affirmations rien moins que démontrées, avec un certain air d'officiants qui distribuent une vérité supérieure.

Mais ces objections, motivées par quelques rares faits réels, ne justifient pas la dénégation de tout mérite à la psychanalyse, pas plus que l'existence d'un opérateur maladroit ou malhonnête ne condamne la chirurgie et les chirurgiens d'un seul coup. Il est facile de faire un sort à une méthode avec une boutade ou un mot d'esprit, plutôt que de l'étudier impartialement.

Par contre, on peut rechercher ce qui légitime l'intérêt porté à la doctrine et à la méthode freudiennes.

C'est un grand mérite que d'avoir mis en lumière le rôle considérable de la vie psychique inconsciente dans l'activité consciente et le comportement, aussi bien à l'état de santé. De ce point de vue, l'étude des « actes manqués » est réellement démonstrative. La notion du refoulement inconscient est également fort précieuse et facilite souvent la compréhension de faits d'allure paradoxale.

Les études sur la vie affective de l'enfance expliquent souvent une grande part déterminante dans la formation du caractère. Il est possible d'en discerner les mécanismes en retrouvant les conflits affectifs des premières années : traumatismes moraux, excès ou privation de tendresse, attachement maternel (1), rivalité et jalousie à l'égard de frères ou de sœurs, sentiment d'abandon ou d'injustice, etc..

La vision claire de ces situations permet de s'opposer à cette

(1) Le complexe d'Édipe se révèle banalement opérant.

notion vulgaire que « ça n'a pas d'importance » chez des enfants et, par conséquent, de prévenir ou de guérir bien des troubles du caractère ou des états névrosiques.

Pour ces derniers également, chez l'adulte, les recherches de Freud ont procuré une connaissance utile, satisfaisante pour l'esprit et féconde en résultats. L'étude et la découverte des causes anciennes, préformant au début le cadre d'une névrose déclenchée plus tard, facilite singulièrement le travail du psychiatre. Elle se fonde sur ces divers points : difficulté du sevrage, insuffisance du développement caractériel pour l'acceptation indolore des sacrifices indispensables (arriération affective), rôle des conflits légitimes ou imaginaires du passé, etc...

Pour l'esprit impartial, ce mode d'observation permet de saisir la formation de troubles qui ne sont pas exclusivement innés et fixés, mais qui se conçoivent, dans le dynamisme de l'esprit, comme des états de réaction vis-à-vis de la réalité. Ce qui permet au médecin une attitude active et non pas résignée, fataliste, comme la provoquent les théories statiques de la fatalité héréditaire et constitutionnelle.

La compréhension des névroses est largement facilitée par la notion de la « signification » des symptômes, de leur valeur symbolique, de leur origine ancienne, des mécanismes de compensation et de surcompensation. On peut ainsi discerner, sous les apparences extérieures d'un état névrosique, le « sens profond » de la maladie, de sa « politique », du bénéfice affectif qu'en tire l'intéressé, souvent contre son intérêt logique.

Tout particulièrement dans les formes obsédantes, dans bien des cas d'inversion, d'impuissance, dans l'hystérie, arrive-t-on à déceler les mécanismes cachés qui les ont causés et qui les entretiennent.

Et ceci n'apporte pas seulement une satisfaction de pure curiosité, mais aussi des résultats d'ordre thérapeutique. Selon les cas, l'application de la technique psychanalytique est indiquée, avec toutes les réserves de prudence, d'expérience, de tact et de libéralisme nécessaires. Bien entendu, l'amour-propre du médecin ne doit pas intervenir et il lui faut savoir renoncer quand il constate qu'il ne peut rien d'utile, dans un cas donné.

A côté de cette technique rigoureuse et astreignante, il apparaît que l'on puisse utilement, pour de nombreux états névropathiques, appliquer efficacement les données freudiennes, dans une psychothérapie d'allure classique. Il est même assez piquant d'observer que certains psychiatres, adversaires déclarés de la psychanalyse, n'en négligent pas les enseignements, sans oser l'avouer, dans leur pratique.

L'essentiel, semble-t-il, c'est de se tenir toujours à une réserve prudente dans les explications fournies au patient. Ceci posé, le but du traitement doit toujours être de lui faire connaître ses possibilités, en fonction de ce qu'il est réellement et de ce que lui offre la réalité inéluctable. Il faut lui apprendre à consentir à la vie, sans révolte comme sans abdication. C'est, en somme, l'inciter à une maturation individuelle lui permettant une meilleure adaptation sociale, en connaissant clairement ses tendances indésirables, ce qui lui permet de mieux les combattre.

Dans ce sens, l'inspiration puisée, avec l'esprit critique de chacun, dans les travaux de Freud, permet de reconnaître à celui-ci un mérite certain, dont il serait fort téméraire de juger dès maintenant toute la valeur et la portée.

Délire interprétatif et imaginatif à début cénesthésique et à extension religieuse chez une malformée, par MM. LAIGNEL-LAVASTINE et Hubert MIGNOT.

La malade, qui fait l'objet de cette communication, est atteinte d'un délire chronique hypocondriaque et mystique. Il nous a paru intéressant d'analyser cette psychose, car elle est d'un type assez particulier, et parce que ce cas illustre cette notion générale de psychiatrie, qu'un thème délirant ne saurait suffire à définir une forme psychopathique.

Pour camper la silhouette psychologique de notre malade, disons tout d'abord que Mlle R. est âgée de 49 ans. Elle a vécu chez ses parents, petits bourgeois de la banlieue parisienne, jusqu'à l'âge de trente-six ans ; elle-même, expéditionnaire dans une banque, a toujours donné à ses employeurs une entière satisfaction jusqu'en l'année 1926, où elle quitta spontanément son travail. Souriante, gaie, bienveillante, Mlle R. supporte, non seulement avec résignation, mais même avec optimisme, une infirmité pénible ; elle est, en effet, atteinte de malformations multiples sur lesquelles nous ne voulons pas insister ici, puisqu'elles feront l'objet d'une communication à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris. Disons seulement que sa jambe droite est deux fois plus courte que la gauche et qu'elle est le siège d'une réduction des éléments squelettiques, tandis qu'à gauche, la présence d'un sixième orteil vient démontrer qu'on ne se trouve pas en présence d'amputations dues à des brides amniotiques pathologiques, mais devant un trouble ayant frappé l'embryon à un stade très précoce de son développement. Depuis deux ans qu'elle est hospitalisée dans le service de l'un de nous, Mlle R. représente bien le type de ces psychopathes, dont l'activité délirante s'extériorise assez peu au premier abord ; son

comportement paraît normal. Tranquille, aimable, reconnaissante du moindre petit soin, c'est une malade agréable et rien n'attirerait sur elle l'attention, si ce n'est la façon particulière dont on la voit vêtue ; été comme hiver, elle porte pour tout vêtement un ample peignoir d'une étoffe très légère, qui voile très mal, peut-être sans grand désespoir, son corps pudique de vieille fille. Elle se signale encore par sa polygraphie et elle nous remet presque quotidiennement de volumineux écrits curieusement brochés.

Pour peu qu'un interrogatoire trop hâtif ne la mette pas sur la défensive, et si elle perçoit chez son interlocuteur une certaine sympathie, Mlle R. livre sans réticences, en un soliloque interminable, un étonnant délire, profond, ancré, indestructible.

Ce portrait, tout extérieur de notre malade, première étape de notre analyse, ne nous paraît pas inutile, car il évoque à l'esprit du psychiatre un personnage familier des populations d'asiles.

Le premier thème délirant de Mlle R. est un système d'idées hypochondriaques concernant les transformations dont son corps a été le siège. Spontanément, ce qu'elle nous livre tout d'abord, ce n'est pas ce qu'elle ressent, mais la conception qu'elle se fait de l'état de ses organes abdominaux. Dans la moitié droite de son abdomen, « le tube digestif est relâché », « il tombe », « il est parfois même détaché » ; il en va de même de son estomac. Par contre, d'autres viscères « sont attachés » de façon anormale, en arrière à la colonne vertébrale, en bas aux ovaires. Les plans musculaires de la paroi abdominale « sont décroisés » et pour mieux s'expliquer elle fait un dessin ; elle nous montre d'abord ce qu'elle croit être l'anatomie d'un sujet normal ; elle y figure deux bandes musculaires se croisant en X au niveau de l'ombilic. Chez elle, au contraire, les plans musculaires sont presque verticaux et parallèles et elle dessine alors très grossièrement ce qui pourrait être le schéma des grands droits.

En outre, ses muscles sont « affaiblis », « ils sont comme de la charpie », « comme les fibres de la viande bouillie ». L'état de son abdomen n'est pas toujours identique à lui-même. Si elle est couchée sur le côté gauche et dévêtue, les viscères sont presque en place, les muscles à peu près normaux. Le régime alimentaire a lui aussi « une influence considérable sur l'état des organes », certains mets « dé-tendent les organes » ; au contraire, un régime approprié permet d'éviter les progrès du mal. En effet, si la transformation de son corps a commencé à s'opérer, elle est surtout dans l'imminence de se produire, et toute l'activité de Mlle R. tend à lutter contre ce danger qui la menace.

De toute « cette anatomie » la malade parle avec dégoût : « ces muscles, ces viscères, où circule ce que je mange » lui inspirent une répugnance marquée.

Il nous faut souligner un premier fait : ce que nous livre d'abord la malade, ne ce sont pas des impressions, des sensa-

tions « cénesthésiques », mais un système d'idées : une conception de son propre corps. Si nous lui demandons comment elle sait que ces phénomènes se passent effectivement, elle est assez interloquée et elle ne vient pas tout de suite à dire « qu'elle le sent ». A vrai dire, il semble bien qu'elle n'ait ressenti quelque chose que dans un petit nombre de circonstances : deux surtout : une fois, elle a ressenti une déchirure et c'est le lendemain qu'elle quitta son travail ; une autre fois, elle a perçu « le décroissement des muscles » et quelques jours plus tard, elle commença à alléger ses vêtements.

Il est encore curieux de constater que l'idée qu'elle se fait de la disposition de ses viscères abdominaux, attachés en certains points, libres en d'autres et des muscles superficiels verticalement tendus, disposition qu'elle considère comme pathologique, n'est au fond pas très éloignée de la réalité, ce qui souligne que l'absurdité d'une conception délirante n'est qu'un caractère très contingent du délire.

Si on lui fait remarquer que cette disposition de ses organes est normale, on n'entame en aucune façon sa conviction, qu'une telle disposition entraîne chez elle un danger considérable, si elle ne se conforme pas à son mode de vie, d'alimentation, d'habillement particulier. La conception délirante est un bloc ; essayer d'en détruire un élément par le raisonnement n'aboutit qu'à lui faire chercher de nouveaux arguments propres à étayer un système *à priori*.

Le second thème, dans lequel le caractère morbide de la pensée de Mlle R. se fait jour, c'est dans ses idées religieuses. Nous ne pouvons entrer dans le détail de la doctrine à laquelle adhère Mlle R., il importe assez peu. Ce qui importe davantage, c'est de constater que notre malade ne l'a pas inventé : cette doctrine est, au contraire, actuellement suivie par un très petit nombre de fidèles (une dizaine environ) et fut enseignée à la fin du XIX^e siècle par un pasteur illuminé, qui se crut le fils de Dieu, appelé à souffrir pour le rachat de ceux que le Christ n'avait pas pu sauver, parce qu'ils persévéraient dans le péché.

Cette double activité délirante, hypocondriaque et mystique, semble occuper toute la pensée de Mlle R. Mais cet éloignement du réel est bien différent de l'autisme schizophrénique et, si toute autre activité lui semble dépourvue d'intérêt, elle ne lui est nullement impénétrable.

Mlle R. n'a pas le comportement geignard et pénible des hypocondriaques ; elle jouit, semble-t-il, au contraire, d'une joie passive mais profonde, que lui procure la sécurité de ses certitudes.

Des hypocondriaques elle n'a pas non plus l'égoïsme foncier. Son affectivité est intacte ; elle est même très intense. Elle a gardé un amour filial profond, que n'ont pas entamé les torts, très réels, que

son père, remarié, a eus envers elle. Elle aime ses amies et cette affection s'est traduite, récemment encore, en actes de générosité.

Sa délicatesse éthique est extrême ; malgré sa morale puritaine et ses conceptions spiritualistes, elle fut vis-à-vis d'une voisine de lit, « danseuse nue de profession », qui s'intitulait, « prêtresse de l'animalité », d'une réelle bonté et il ne faudrait pas croire que la naïveté de Mlle R. fût telle qu'elle ne se rendit pas compte de la valeur morale de cette compagne d'infortune.

Nous avons dit l'essentiel du comportement, que conditionnent chez notre malade ses conceptions délirantes. Drapée dans son peignoir de fine laine blanche, elle reste étendue sur son lit et ne se livre à aucune occupation, si ce n'est d'écrire à notre usage le détail de sa vie passée, des paraphrases, des écrits du pasteur de sa petite église, ou des réflexions sur l'état de son corps. Elle ne se lève guère que pour faire soigneusement sa toilette, mais son activité n'est pas empreinte de cette stéréotypie, fréquente chez de telles malades.

Ayant ainsi exposé dans ses grandes lignes le délire de notre malade et avant d'entrer dans l'analyse structurale de celui-ci, il nous faut raconter l'histoire de ses troubles.

En dépit de son infirmité, l'enfance de Mlle R. fut heureuse. Ses parents, bien que peu pratiquants, la firent élever dans une pension obéissante. L'enfant était gaie, aimait l'étude, « elle aimait surtout obéir », dit-elle, « et toute ma vie j'ai aimé obéir ».

A 16 ans elle commence à travailler comme vendeuse ; pour la première fois elle souffre de son infirmité le jour où, demandant à sa patronne une augmentation de salaire, celle-ci lui répondit : « Je suis déjà bien bonne de t'employer, faite comme tu es. »

A 18 ans un de ses voisins la demande en mariage ; le garçon lui plaisait, mais la mère de celui-ci désapprouvait cette union et dans la crainte que le jeune homme ne vint à regretter un jour sa décision elle refuse. Cet épisode, qui a dû jouer un rôle considérable dans la vie affective de cette malheureuse, est actuellement évoqué avec une indifférence à peu près absolue.

En 1919, à 28 ans, elle fait la connaissance de Mme N., une camarade de travail, qui lui fait connaître la doctrine de l'« Eglise Nouvelle ». Jusque-là, tout en étant catholique, Mlle R. avait été relativement peu occupée des problèmes religieux ; sa conversion fut enthousiaste, « le soulagement de la certitude m'a brusquement pénétrée » et elle devint une fidèle du petit groupe.

Ce petit groupe mérite de retenir l'attention ; l'élément actif en était Mme N., personne intelligente, active, ayant à la banque un emploi équivalent à celui d'un rédacteur. Les parents de Mme N. avaient connu le fondateur de la secte et avaient élevé l'enfant dans cette foi. Mme N., à 25 ans, à la suite d'une rupture de fiançailles, qu'avait occasionné son refus de renoncer à sa religion, semble avoir

présenté pour la première fois des hallucinations auditives, et depuis, toutes ses décisions, même les plus banales, lui apparaissent comme dictées par la voix de Dieu. Elle précise qu'il s'agit bien d'une voix extérieure « comparable à une voix humaine ». Du groupe faisaient partie les sœurs de Mme N., deux vieilles filles débiles et aigries, et une jeune fille, que notre malade considère comme « un peu exaltée » et qui se convertit, ayant eu une apparition, qui lui fit voir le visage lumineux du saint pasteur.

L'église se réunissait tous les mois, dans un local que Mme N. avait fait construire en banlieue « sur l'ordre de Dieu » ; on ne célébrait pas de culte, mais on priait ; en outre, on recevait la correspondance de cinq ou six fidèles âgés, habitant la province, derniers survivants de ceux qui avaient personnellement connu le fondateur de la secte.

Tout en fréquentant dans ce groupe Mlle R. continua à travailler à la banque jusqu'en 1925.

Autant qu'il est possible d'en juger rétrospectivement, il ne semble qu'aucun phénomène nouveau n'ait précédé l'apparition du premier symptôme de ce qu'elle appelle « sa maladie ».

En débouchant une bouteille, un jour dont elle précise la date, elle ressentit dans l'hypocondre droit une sensation de déchirure et sur le champ elle eut la conviction que quelque chose en elle s'était détaché ; dès le lendemain elle modifiait son régime alimentaire dans la crainte d'aggraver les dégâts et cessait son travail, qu'elle n'a jamais repris.

Elle consulte un grand nombre de médecins et de masseurs, mais on lui conseille de « forcer » ; elle le fit et acquit la certitude, sans avoir du reste éprouvé de nouvelles sensations, que son mal empirait.

En 1927, deux ans plus tard, elle éprouve à nouveau une sensation bizarre de « décroisement » : ce sont les muscles superficiels qui, comme nous l'avons dit, « se mettent en long ». Le lendemain elle dut commencer à alléger ses vêtements pour progressivement aboutir à ne plus porter que le peignoir actuel.

Depuis deux ans que nous suivons cette malade, son délire ne semble guère s'être enrichi de nouveaux apports.

En somme, cette évolution s'est caractérisée par une continuité sans rupture avec la personnalité psychologique antérieure, une progressivité extrêmement lente, marquée cependant de deux phases actives, probablement hallucinatoires ; enfin l'absence de toute dissociation psychique.

En effet, il nous faut souligner ici l'intégrité de ce qu'il est convenu d'appeler le fond mental. La mémoire de Mlle R... est excellente, son attention parfaite ; les notions acquises, scolaires ou professionnelles, sont prêtes à être utilisées. Les processus même du raisonnement se font correctement dans la mesure où l'on accepte les prémisses posés par le délire. Le trouble n'est pas de ceux qui altèrent le fonctionnement mental élémen-

taire ; il est d'un niveau beaucoup plus élevé. C'est un déficit qui affecte seulement les processus supérieurs de la critique. Pour notre malade, certaines possibilités s'imposent comme des évidences, certaines théories comme des dogmes.

Quant à la forme sous laquelle s'expriment ces convictions délirantes, il s'agit ici d'affirmations pures et simples ; les tentatives d'explications interprétatives sont pauvres, la projection hallucinatoire des convictions n'existe guère. A plusieurs reprises cependant, des impressions cénesthésiques ont semblé cristalliser en quelque sorte cette conviction et il est à noter qu'à cette occasion, la malade a franchi de nouvelles étapes dans sa maladie.

Quoi qu'il en soit, l'élément essentiel est ici une croyance immédiate, une adhérence sans contrôle, qui n'est pas sans analogie avec les croyances enfantines ou primitives.

Cependant, n'importe quelle certitude délirante ne peut s'imposer ; il faut encore qu'elle trouve dans la malade une résonnance affective. A cet égard, un fait a été curieux à observer.

Mlle R... fut, pendant quelque temps, la voisine de lit d'une guérisseuse spirite et elle nous a livré quelques réflexions sur « le spiritisme, l'occultisme et les guérisseurs ». Que le spiritisme, l'occultisme ou la guérison miraculeuse soient choses possibles, c'est un problème qui n'est même pas effleuré dans les nombreux feuillets qu'elle a écrits sur cette question. Et cependant, ce problème nous paraît primordial : notre malade ne le pose même pas. Le problème de la réalité ou de la non réalité, du vrai et du faux, ne se pose pas pour elle comme pour l'individu normal : sa croyance est immédiate, pourvu qu'elle réponde à ses tendances affectives. Le problème moral du spiritisme est longuement étudié : a-t-on le droit de faire du spiritisme, d'opérer des guérisons ? n'est-ce pas contraire à la volonté de Dieu ? et notre malade conclut en rejetant le spiritisme.

Il resterait justement à démêler de quelles tendances instinctives témoigne le choix de ses convictions délirantes.

Une psychanalyse aurait peut-être pu fournir à cet égard quelques données ; mais des psychanalystes orthodoxes n'accepteraient peut-être pas d'entreprendre un sujet si profondément troublé.

Pour cette vieille fille infirme, constatons du moins qu'il ne peut être de plus éclatante revanche que d'être ainsi du petit nombre des élus et Mlle R... l'exprime bien joliment : « Dieu a bien voulu ne faire de moi qu'une infirme physique ; Il aurait pu faire de moi une infirme spirituelle. »

Il nous paraît plus hasardeux de tenter l'explication de ses

idées de transformation corporelle. Nous voulons seulement rappeler ici le dégoût qu'éprouve Mlle R... à parler de « ces viscères, de cette chair comme en bouillie », et aussi ce souvenir d'enfance : à l'école, elle avait horreur des classes de science où l'on apprenait les rudiments d'anatomie du corps humain. Le complexe d'infériorité, lié à sa malformation physique, semble avoir joué le rôle essentiel dans le développement de la maladie.

Il serait plus difficile encore de définir ce qu'on veut appeler « le mécanisme du délire ». S'agit-il d'hallucinations, d'interprétations, d'imaginations, d'intuitions ? Il serait bien hasardeux de trancher le débat. Constatons seulement qu'à l'inverse de ce qui se passe le plus souvent, les impressions cénesthésiques accusées par la malade sont rares, et que, d'autre part, les conceptions délirantes n'ont pas le développement luxuriant, envahissant, des délires d'imagination à thème fantastique et de transformation corporelle, que les auteurs allemands groupent dans le cadre des paraphrénies confabulantes. Constatons enfin l'absence de tout affaiblissement intellectuel, de toute dissociation, ce qui nous interdit de parler de délire paranoïde.

L'étude des antécédents, l'examen somatique, n'ont permis de rattacher les troubles mentaux à aucun désordre organique constatable.

Nous n'avons fait qu'ébaucher le problème nosologique, que pose ce cas, ayant surtout cherché à analyser un type de délire qui nous a paru singulier.

M. HEUYER. — Cette communication est très intéressante. Mais l'expression « délire imaginatif » ne me paraît pas satisfaisante ici. Il y a bien, chez cette malade : d'une part, un délire hypocondriaque organisé, ayant une base somatique (les malformations congénitales) ; d'autre part, un délire mystique, bien qu'à vrai dire, elle se soit plutôt faite l'acceptatrice pure et simple d'une théorie. Mais il n'y a pas, à proprement parler, de délire imaginatif, pas plus du type Dupré et Logre, que du type Heuyer et Borel.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Nous avons seulement voulu dire qu'il existe un facteur imaginatif dans les interprétations cénesthésiques ; que la malade a construit, imaginé son délire. Aussi nous ne voyons aucun inconvénient à modifier ainsi le titre de notre communication « Délire interprétatif et imaginatif, etc. » à la place de « Délire imaginatif et interprétatif, etc. ».

La séance est levée à 17 h. 35.

Le Secrétaire des séances,
Jacques VIÉ.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

PSYCHIATRIE

Maladies mentales. Etudes anatomo-biologiques, par L. MARCHAND, Médecin honoraire de la Maison Nationale de Santé, Médecin honoraire des Hôpitaux psychiatriques de la Seine, Chef de laboratoire d'anatomie pathologique à l'Hôpital Henri-Rousselle, Expert près le Tribunal de la Seine (1 vol., in-8°, 435 pages, avec 86 figures dans le texte, Amédée Legrand édit., Paris 1939).

Ce nouveau livre de M. Marchand n'est pas un précis de psychiatrie. C'est un exposé original des recherches et des conclusions de l'auteur sur ceux des processus anatomo-biologiques les plus importants qui se traduisent par des troubles mentaux. Tenant compte à la fois de l'étiologie, des caractères individuels et des processus cérébraux, la méthode anatomo-biologique conduit à confirmer que des psychopathies longtemps considérées comme « fonctionnelles » ont, en réalité, une base organique. Elle met en évidence que ce qui compte ce n'est pas tant l'agent causal (dont la nature, le mode d'action sont secondaires) que le type réactionnel cérébral, ce dernier dépendant de l'âge du sujet, ou plutôt de son degré d'organisation cérébrale, de son hérédité, de sa fragilité, de son degré de morbidité. La vulnérabilité du tissu cérébral est ici, de nouveau, mise à la première place, concurremment avec l'importance des facteurs organiques en pathologie mentale.

S'élevant contre une classification psychiatrique arbitraire de maladies mentales ou même de syndromes mentaux isolés, M. Marchand a préféré étudier successivement les principaux processus cérébraux dans lesquels la diffusion des lésions se traduit par des troubles psychiques, exposant, après les lésions anatomo-pathologiques, les modifications biologiques et les caractères cliniques différentiels en rapport avec la pathogénie.

C'est ainsi qu'il décrit successivement l'alcoolisme neuro-psychique sous ses diverses formes, la syphilis neuropsychique, les encéphalites psychosiques dont il a créé le nom et auxquelles il a consacré de nombreux travaux (encéphalite psychosique aiguë azotémique, encéphalites psychosiques subaiguës, encéphalites psychosiques chroniques), les encéphaloses à formes men-

tales, l'artériosclérose cérébrale à formes mentales, les troubles mentaux des traumatismes cérébraux, les troubles mentaux qui se produisent au cours de l'évolution des tumeurs intracrâniennes, les troubles psychiques qui accompagnent l'épilepsie.

Ecrit pour tous les médecins, et non seulement pour les spécialistes, abondamment documenté et accompagné d'une importante bibliographie, écrit en langage clair avec un grand souci de précision, cet excellent livre, qu'illustrent 86 reproductions des belles préparations histopathologiques de l'auteur, retiendra surtout l'attention du lecteur par son caractère original et personnel. Alors que beaucoup d'articles de traités, et même des précis entiers, sont souvent l'œuvre de jeunes médecins soucieux d'exposer avec clarté des notions récemment acquises et des classifications dont la précision ne comporte qu'exceptionnellement le doute, le livre de M. Marchand est, à la fin d'une carrière administrative toute d'observation patiente et de labeur réfléchi, un recueil de faits, résumé de ses travaux, de ses interrogations, et aussi des contradictions qu'apporte souvent l'expérience aux enseignements les plus catégoriques. Son but est avant tout, dit-il, de sortir de l'imprécision dans laquelle se complait la médecine mentale. Ne serait-ce pas plutôt de sortir de la « précision » illusoire de cadres périmés et de faire succéder à une période de vastes synthèses, l'analyse sans idée préconçue des troubles des différentes activités psychiques en rapport avec la variabilité des causes et des constitutions individuelles ? C'est bien là, en tout cas, le but vers lequel il tend, en insistant sur ce fait que si le même syndrome mental peut être symptomatique de processus anatomiques différents, la même maladie cérébrale peut également se traduire cliniquement par des syndromes mentaux variés, en montrant aussi que des processus anatomo-pathologiques, tout différents qu'ils soient au début, peuvent, au terme de leur évolution, aboutir à la même lésion. La lésion, d'ailleurs, n'étant qu'une semblable réaction du tissu nerveux à des agents ou à des irritations diverses, il s'ensuit que souvent l'aspect clinique dépend moins de l'étiologie et de l'intensité de la cause que de la réaction du terrain, que la vulnérabilité de celui-ci soit constitutionnelle ou acquise. Les modifications cérébrales peuvent aussi être beaucoup plus longtemps tolérées qu'on ne pourrait le penser et ceci facilite la possibilité de l'erreur qui consisterait à prendre un effet pour la cause de la maladie.

Dans chacune de ses parties, dont nous n'avons pu ici que donner la liste, ce livre, qui a sa place marquée dans toute bibliothèque psychiatrique, s'inspire de ces principes que l'évolution d'un syndrome mental est conditionnée par l'évolution des désordres physiopathiques qui s'inscrivent dans les lésions anatomiques, et qu'il n'existe, en psychiatrie, aucun symptôme qui soit pathognomonique.

René CHARPENTIER.

Précis de psychiatrie, par LÉVY-VALENSI, 1 volume de la Bibliothèque du Doctorat en Médecine, 2^e édition, 512 p. Baillière édit. Paris 1939).

Dans une première partie : l'étiologie avant la naissance (hérédité, fécondation, gestation) et après la naissance (facteurs physiologique, pédagogique, psychologique, pathologique). Dans une seconde : l'examen du malade par l'analyse de son aspect extérieur et son interrogatoire. Dans une troisième : l'exposé des troubles élémentaires, puis des troubles combinés

des diverses fonctions psychiques. Dans une quatrième : la division des diverses maladies mentales : en *a*) maladies d'évolution (états d'arriérations, états constitutionnels, émotif, anxieux, expansivo-dépressif, pervers, mythomane, paranoïaque, schizotique, hystérique, démentiel précoce) ; *b*) maladies acquises (toxiques, infectieuses, épilepsie, confusion mentale, paralysie générale, psychoses traumatiques, psychoses associées à des lésions du névraxe, démence sénile). Dans une cinquième : la thérapeutique et la médecine légale psychiatriques aux points de vue civil, pénal et militaire.

Cette deuxième édition du *Précis de Psychiatrie* est en réalité un ouvrage nouveau, véritable compendium encyclopédique où l'auteur a su condenser l'essentiel des doctrines actuellement à la mode, en les exposant avec la simplicité élégante et claire qui caractérise ses ouvrages. Une illustration abondante et d'amusants schémas facilitent encore la compréhension.

Paul COURBON.

Modifications de la personnalité consécutives aux opérations sur les lobes frontaux (Personality Changes after Operations on the Frontal Lobes), par Gösta RYLANDER. 1 vol., in-8°, 327 pages. *Acta psychiatrica et Neurologica*, supplément XX, Copenhague, 1939.

La physiopathologie des lobes frontaux — des lobes préfrontaux surtout — reste très discutée parce que beaucoup d'observations apportent des contributions contradictoires à la question. Pas de symptôme fondamental, pas de signe de quelque importance dont on n'ait décrit l'opposé avec la même exactitude. On a signalé l'excitation et la dépression, l'apropexie et la fixation avec persévération, l'hypo et l'hypercérinésie, l'intégrité et le trouble profond des fonctions intellectuelles. L'unanimité n'a même pas pu se faire sur l'euphorie, discutée ou interprétée défavorablement à cause des cas mixtes, où elle est alternativement dominante et masquée par des bouffées d'inquiétude.

L'auteur n'ambitionne pas de décrire une nouvelle formule clinique. Il désire seulement apporter un peu d'ordre dans les faits et montrer derrière leur apparente contradiction l'unité des fonctions frontales et la logique des mécanismes cérébraux dépouillés des phénomènes psychologiques ramenés à tort à des états anatomiques ou physiologiques des éléments nerveux.

Ainsi les modifications émotionnelles et volitionnelles consécutives aux tumeurs préfrontales ou aux ablations chirurgicales sont des états psychomoteurs dont il importe de distinguer les deux moments : le trouble circulatoire, végétatif, associatif primitif et le résultat psychologique secondaire. De même on comprendra comment la perturbation émotive engendre l'euphorie ou l'inquiétude suivant qu'elle survient chez un sujet de constitution hyper ou hypothyroïdique. Ainsi s'explique également la tonalité émotive de l'agitation motrice continue, signe très souvent mentionné.

M. Rylander estime que dans les lésions préfrontales les fonctions intellectuelles supérieures, les plus complexes, sont en général altérées, tandis que l'attention, la mémoire, les associations d'idées courantes sont assez bien conservées. Le pronostic quant à la valeur sociale du sujet dépend des circonstances de sa vie et des conditions anatomiques de l'intervention. Le

défaut d'initiative et les altérations du caractère ont une importance très relative.

Les séquelles d'excision du lobe droit ou du gauche ne sont pas différentes en elles-mêmes. Hors des limites des centres de la parole les lésions frontales gauches n'influent pas plus que celles du côté opposé sur les moyens d'expression de la pensée. Mais ce qui est sans doute plus important c'est la nature même du trouble physiologique. Ses limites ne sont guère réperables expérimentalement ni pathologiquement. On conçoit, en effet, qu'une tumeur kystique, un gliome, comprimant le pôle antérieur de l'hémisphère puissent, après excision, répondre à une symptomatologie complexe où l'ablation de substance cérébrale et le désordre mécanique de l'hypertension combineront leurs effets.

En appendice, l'auteur a placé les tableaux donnant le résultat des tests. Les 32 observations utilisées sont longuement développées et fréquemment illustrées. La bibliographie se rapporte à la physiologie cérébrale et à la neuro-chirurgie, aux tumeurs et aux traumatismes, à la maladie de Pick, à la psychologie.

P. CARRETTE.

NEUROLOGIE

Études neurologiques, huitième série, par Georges GUILLAIN, Professeur de Clinique des Maladies du Système nerveux à la Faculté de Médecine de Paris, Membre de l'Académie de Médecine, Médecin de la Salpêtrière (1 vol. in-8°, 420 pages, avec 72 figures. Masson et Co édit., Paris 1939).

Cette huitième série des « Études Neurologiques » contient, comme les précédentes, l'exposé des importants travaux poursuivis à la Clinique Neurologique de la Salpêtrière.

Parmi les 28 travaux qui figurent ici, il convient d'attirer l'attention sur certains mémoires qui apportent à la pathologie du névraxe des faits nouveaux : « Une affection dégénérative spéciale pallido-dentelée » ; « Une affection non héréditaire du système nerveux caractérisée par un syndrome cérébelleux progressif avec abolition des réflexes tendineux des membres » ; « Les crises épileptiques jacksoniennes ou généralisées au début de la sclérose en plaques » ; « La forme neurologique du cancer de l'apex pulmonaire » ; « La réaction du benjoin colloïdal dans la trypanosomiose humaine ». Le Professeur Guillain a consacré dans ce volume plusieurs travaux au « Syndrome de polyradiculo-névrite avec hyperalbuminose du liquide céphalo-rachidien sans réaction cellulaire », syndrome désigné dans la littérature médicale sous le nom de « Syndrome de Guillain et Barré ».

Dans d'autres chapitres sont mentionnés des faits cliniques et anatomiques concernant la pathologie de l'encéphale, du mésencéphale, de la moelle épinière, des nerfs crâniens et rachidiens, et concernant aussi la pathologie osseuse.

Il est particulièrement intéressant de signaler que ce huitième volume d'« Études Neurologiques » se termine par une table générale des matières contenues dans les 8 séries, table qui permet une utilisation rapide de ces importants travaux.

Les « Études Neurologiques » représentent en effet, depuis plus de quinze

ans, la contribution de la Clinique de la Salpêtrière, sous la direction de M. le Professeur Georges Guillaïn, à la progression des grands problèmes neurologiques actuels. Il n'en est aucun sur lequel on ne trouve dans cette riche collection des mises au point ou des faits nouveaux qui rendent ces volumes indispensables à toute documentation neurologique.

René CHARPENTIER.

BIOLOGIE

Le rôle de la technique dans les progrès de la physiologie, par le Professeur Pierre COMBEMALE (Leçon Inaugurale de la Chaire de physiologie, faite le 23 novembre 1938, à la Faculté de Médecine de Lille, 1 brochure in-8°, 28 p.).

Au cours de cette belle leçon inaugurale, le Professeur Pierre Combemale, quittant la Chaire de Pharmacologie pour la Chaire de Physiologie, pour laquelle il fut désigné à l'unanimité par le corps professoral, a insisté en donnant des exemples sur l'importance du rôle de la technique dans les progrès de la physiologie. Pour bien connaître les phénomènes biologiques, les bien analyser dans leur mécanisme d'action, il faut une bonne technique qui permette d'adapter l'expérience à ce qu'on en réclame. Il faut aussi une bonne instrumentation, mais celle-ci qui sert à « écouter la nature » ne suffit pas pour « l'interroger ».

C'est la technique qui prépare l'expérience pour lui faire donner une réponse claire ; c'est elle qui ouvre des possibilités nouvelles d'interrogation, permettant ainsi les précisions nécessaires.

Le Professeur Pierre Combemale donne comme exemple la technique des anastomoses vasculaires (Léon Frédéricq) dont les heureux résultats sont nombreux en physiologie, comme en pharmacodynamie, et en médecine expérimentale. La technique de Pawlow pour l'étude des réflexes conditionnés a ouvert également des possibilités admirables, amené des résultats imprévus et soulevé de très nombreux nouveaux problèmes. Technique d'exploration pour la physiologie et la psychologie animales, elle se révèle une excellente technique d'analyse de la psychologie humaine, normale et pathologique.

Ces deux exemples, clairement exposés, sont démonstratifs de l'importance du rôle de la technique dans la progression d'une science. Et, si l'habileté manuelle est souvent nécessaire, elle n'est pas suffisante. C'est le rôle du cerveau de la diriger et de s'en servir utilement. La pensée seule peut adapter exactement la technique au problème posé afin que la réponse soit nette, compréhensible, et éclaire le sujet. C'est elle, surtout, qui doit lire cette réponse en sachant se garder, suivant l'expression de Bacon, « des yeux humectés par les passions humaines ».

René CHARPENTIER.

JOURNAUX ET REVUES

Le primitivisme des indigènes nord africains, par A. POROT et J. SUTTER (d'Alger) (*Sud médical et chirurgical*, 15 avril 1939).

Les indigènes de l'Afrique du Nord ne sont pas des primitifs, mais ils leur ressemblent par le fatalisme, l'indolence, la conception d'une nature toute chargée de potentiel affectif, l'inaptitude à la précision, à l'abstraction, à la généralisation, par les croyances aux esprits, aux présages, à la sorcellerie.

Un tel milieu collectif entrave le développement psychique de l'individu qui est diminué à la fois dans son intelligence et son affectivité, devient suggestible et apte aux hallucinations. D'où la pauvreté et le manque de systématisation des idées délirantes, l'absence de douleur morale et de scrupule, l'absence de méfiance orgueilleuse paranoïaque et au contraire la fréquence de la peur, de la jalousie, de la colère, c'est-à-dire des réactions instinctives.

La mimique est de type inférieur empruntant les muscles péri-buccaux et s'adjoignant les gesticulations des mains.

Les formes psychopathiques les plus fréquentes sont l'arriération mentale, la mythomanie, le pithiatisme, l'hystérie à manifestations médiévales, les crises excitomotrices à violence extrême, la paralysie générale sans délire, la démence sénile prématurée et sans presbyophrénie.

Cette pénétrante analyse de la mentalité de l'indigène africain observé dans son pays natal doit être connue de ceux qui l'observent transplanté dans la métropole où il réalise une des formes les plus pittoresques d'anatopisme mental, celle du « sidi » des grandes villes.

Paul COURBON.

Le phénomène du « déjà vu » par Hjalmar TORP. 7^e Congrès des Psychiâtres scandinaves, Oslo, 24-27 août 1938. *Acta Psychiatrica et Neurologica*. T. XIII, fasc. 4, p. 659-665, 1938.

Le phénomène du « déjà vu », du « déjà vécu », correspond à un relâchement de la tension psychique qui marque une emprise du rêve sur la conscience active distraite de sa direction naturelle vers l'avenir. Cette explication de Bergson est développée par Janet sur le plan pathologique qui reconnaît au phénomène les caractéristiques de la psychasthénie. Amplifié il se présente comme associé à un dérèglement neuro-végétatif. Il est l'apanage des états cataplexiques déclenchés à l'occasion de chocs émotifs. C'est ainsi qu'il prend parfois une ampleur inattendue au cours des poussées d'hyperactivité endocrino-végétative de la puberté. Accessoire et fugace chez les individus normaux, le sentiment du « déjà vu » devient un symptôme dans certaines perturbations physiopathiques. Ce point de vue est confirmé par l'influence des agents pharmacodynamiques : action favorable du calcium, effet contraire du potassium.

P. CARRETTE.

Psychoses endogènes chez l'enfant, par B. FRENKIEL et M. MASLANEA.
(*Warszawskie Czasopismo Lekarskie*, T. XV, n° 36, 29 septembre 1938).

Les auteurs réunissent 18 observations de psychoses infantiles dont ils rapportent l'histoire clinique. Ils en concluent que les psychoses du type endogène se rencontrent déjà dans la première enfance. La psychose maniaque-dépressive de l'enfant au-dessous de 10 ans peut apparaître dans sa forme typique ou sous une apparence atypique d'anorexie cyclique, d'insomnie cyclique ou d'accès d'anxiété périodiques. Les cycles des troubles psychiques d'enfants plus jeunes sont courts et moins typiques. Chez l'enfant plus âgé, les tableaux cliniques des psychoses endogènes se rapprochent de plus en plus de l'évolution observée chez l'adulte. Le diagnostic de ces états psychiques est d'autant plus difficile que l'enfant est plus jeune. Dans la statistique personnelle des auteurs, les cas de psychose maniaque-dépressive n'ont été constatés que chez les enfants israéliques. Il n'a pas été possible de constater l'influence incontestable de la frayeur dans la pathogénie de ces psychoses.

FRIBOURG-BLANC.

Les états dépressifs de l'âge avancé, par V. STRYJENSKI (*Polska Gazeta Lekarska*, T. XVII, n° 43, 23 octobre 1938).

L'auteur envisage les états dépressifs de l'âge avancé présénile dans un sens très large quant à leurs formes. Au point de vue de la pathogénie, il souligne l'importance des facteurs biologiques d'involution, d'artériosclérose, de troubles endocriniens qui contribuent pour une large part à leur développement et s'associent aux facteurs psychologiques, intellectuels et sociaux.

Parmi les manifestations psychiques, l'auteur souligne particulièrement la tendance à l'anxiété, caractéristique pour les faits dépressifs de cette époque de la vie. Les manifestations anxieuses revêtent une apparence variable suivant les cas. Elles s'accompagnent souvent d'inquiétude motrice, de plaintes fantastiques et exagérées empreintes d'un caractère mégalomane. Les états préséniles sont plus fréquents chez les femmes et sont probablement en rapport avec la régression de la fonction ovarienne, bien qu'on puisse se poser la question de l'importance de la part qui revient à l'artériosclérose.

Dans certains cas, à ces manifestations dépressives et anxieuses, s'associent des réactions hystériques.

FRIBOURG-BLANC.

Psychose symptomatique d'un cas d'anémie secondaire (Symptomatic Psychosis in a Case of Secondary Anemia), par JOHN ROMANO et JOHN W. EVANS.
(*Archives of Neurology and Psychiatry*, T. XXXIX, n° 6, p. 1294-1301, juin 1938).

Les troubles mentaux : anxiété, dépression et irritabilité sont améliorés en même temps que l'anémie par le traitement ferrique et les transfusions. Les accidents survenant chez les hémophiles et au cours d'anémies secondaires apparaissent comme superposables aux syndromes neuro-psychiques signalés dans l'anémie pernicieuse.

P. CARRETTE.

Troubles mentaux dans la chorée de Sydenham (Mental Changes in Chorea Minor), par Donald SHASKAN. *The American Journal of Psychiatry*. T. VC, n° 1, p. 193-202, juillet 1938.

Dans la majorité des cas, la chorée évolue avec un minimum de troubles mentaux : perturbations émotives, impulsions et mobilité du caractère. Au cours de certaines poussées hyperkinétiques ou akinétiques on observe de sérieuses perturbations de l'orientation, des idées délirantes avec hallucinations. Dans les cas rares de troubles mentaux graves il y a également des signes moteurs atypiques tels que flaccidité, phénomènes toniques et rythmiques. Ces complications ont un pronostic sévère et, contrairement aux autres formes moyennes ou légères, résistent à la pyrétothérapie. L'auteur note que, si les troubles moteurs peuvent parfois rapprocher la chorée de certains états schizophréniques, le fond mental reste cependant distinct.

P. CARRETTE.

L'encéphalographie dans les cas d'athétose et les troubles analogues (Encephalographic Findings in Cases of Athetosis and Related Disorders), par Tracy J. PUTNAM et Theodore J.-C. von STORCH. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXXX, n° 1, p. 18-26, juillet 1938.

Les cas de dystonie, syndrome de Little, athétose, fournissent des roentgenogrammes dont certaines caractéristiques reviennent avec constance : élargissement d'un ou des deux ventricules latéraux, spécialement aux dépens du plancher ; agrandissement du troisième ventricule du côté opposé à celui qui est cliniquement affecté, accroissement du lac arachnoïdien basal. Dans l'ensemble, on note, pour les maladies dyscinétiques, une prédominance des atrophies basales par rapport aux lésions corticales comme en témoigne l'augmentation compensatrice des cavités encéphaliques.

P. CARRETTE.

Etiologie générale de l'épilepsie essentielle, par M. L. BABONNEIX. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 25 avril 1939.

Problème difficile parce qu'on méconnaît souvent les antécédents héréditaires ou personnels du malade et que l'étiologie est souvent complexe. A propos d'une étude portant sur 355 cas personnels l'auteur envisage le rôle de divers facteurs et arrive aux conclusions que : l'hérédité directe ne joue qu'un rôle secondaire dans l'étiologie de l'épilepsie ; la consanguinité n'intervient pour ainsi dire pas ; l'helminthiase n'est à peu près jamais en cause ; l'alcoolisme des parents et les traumatismes obstétricaux méritent toujours leur classique place d'honneur ; il est impossible de se prononcer sur le rôle possible des glandes vasculaires sanguines.

L'auteur envisage ensuite les causes qu'il répartit en trois groupes : antérieures, contemporaines et postérieures à la naissance, où les traumatismes, la syphilis, les infections neurotropes ou autres y ont leur part. L'épilepsie essentielle n'apparaît plus comme un mal sacré inaccessible à la thérapeutique. Y voyant plus clair, on pourra mieux s'attaquer aux causes par les thérapeutiques appropriées.

M. LECONTE.

Parkinsonisme traumatique (Parkinsonismo traumatico), par Vicente Dimitri et Felipe M. Cia. *Revista neurológica de Buenos-Aires*. T. II, n° 6, mai-juin 1938.

La maladie de Parkinson était considérée comme une névrose jusqu'au jour où les progrès de l'anatomie pathologique des noyaux gris centraux ont entraîné des découvertes physio-pathologiques sur la question du système extra-pyramidal et des troubles moteurs et toniques. L'encéphalite épidémique est apparue comme le type des infections à séquelles nerveuses centrales, cause à peu près unique des états parkinsoniens. Cinq observations de MM. Dimitri et Cia contribuent à fixer la relativité des bases étiologiques d'un syndrome intéressant le système lenticulo-hypothalamique. Le traumatisme cranio-encéphalique peut engendrer la maladie de Parkinson par lésions vasculaires, par commotion, par infection secondaire. Il est le point de départ d'une encéphalite ou se greffe sur elle. Il existe enfin des syndromes parkinsoniens localisés, à la suite de traumatismes périphériques, d'origine réflexe, dont le mécanisme physiopathique est encore discuté.

P. CARRETTE.

Hémorragie ventriculaire primitive (Primary Ventricular Hemorrhage), par Alfred Gordon. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXXIX, n° 6, p. 1272-1276, juin 1938.

Les troubles décrits dans les hémorragies ventriculaires sont nombreux et variés. La confusion symptomatologique est due à l'absence de discrimination entre les signes primitifs et les troubles secondaires de voisinage. Les signes essentiels immédiats sont la brusquerie et la profondeur du coma, l'absence de paralysies nettes. La compression exercée sur l'hémisphère sain par l'hémorragie commande, dans quelques cas rares, l'intervention décompressive secondaire, mais le pronostic immédiat est généralement fatal.

P. CARRETTE.

Tumeurs du tuberculum sellae (Tumors of the Tuberculum Sella), par Robert A. Groff. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. T. LXXXVII, n° 6, p. 725-738, juin 1938.

Les tumeurs du *tuberculum sellae* et de la petite aile du sphénoïde, fibroblastomes méningés, présentent une symptomatologie qui permet souvent un diagnostic précoce et une intervention heureuse. C'est l'anamnèse des troubles visuels, l'hémianopsie bitemporale avec atrophie optique primitive qui constitue le tableau clinique. La selle turcique est normale. Les états méningés, les arachnoïdites s'accompagnent d'un syndrome infectieux. La participation de lésions osseuses latérales entraîne des paralysies de la troisième et de la sixième paires crâniennes, un syndrome olfactif. Les lésions hypophysaires possèdent leurs signes glandulaires. Les tumeurs de la poche de Rathke, les anévrismes parasellaires sont observés chez les enfants et donnent, comme les syndromes pseudo-tumoraux, des images encéphalographiques assez caractéristiques pour assurer le diagnostic.

P. CARRETTE.

Sur un signe ophtalmoscopique d'hypertension endocranienne (Sobre un signo oftalmoscópico de hipertensión endocraneana), par José PEREYRA KÄFER. *Revista neurológica de Buenos-Aires*. T. 2, n° 6, p. 443-446, mai-juin 1938.

Le signe de Baillart retient la différence de tension artérielle de l'humérale et de l'artère de la rétine pour diagnostiquer l'hypertension intracrânienne. M. Pereyra Käfer estime que la réponse veineuse est plus intense et plus facilement appréciable. La compression et la décompression des jugulaires se répercutent dans la veine centrale de la rétine. Dans l'hypertension, il y a diminution et même abolition de ce signe.

P. CARRETTE.

Le diagnostic des hémorragies méningées, par L. RIMBAUD et H. SERRE. *Le Monde médical*, n° 927, p. 889-899, 1^{er} décembre 1938.

A côté du traumatisme et des cas curieux d'hémorragies essentielles des sujets jeunes, la cause habituelle des hémorragies méningées est l'hypertension artérielle. MM. Rimbaud et Serre décrivent le syndrome au complet : torpeur et obnubilation, paralysies et convulsions, raideur rachidienne, hyporéflexie tendineuse, signe de Babinski bilatéral, signes généraux. A ces caractéristiques cliniques il faut ajouter deux données biologiques : la réaction sanguine vraie du liquide céphalo-rachidien (chromo-diagnostic) et l'azotémie aiguë.

P. CARRETTE.

Hémidécortication chez le chimpanzé, le babouin, le macaque, le potto, le chat et le coati (Hemidecortication in Chimpanzee, Baboon, Macaque, Potto, Cat and Coati), par A. EARL WALKER et JOHN F. FULTON. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. T. LXXXVII, n° 6, p. 677-700, juin 1938.

L'ablation de l'hémisphère droit ne provoque pas de changements importants de l'intelligence chez les anthropoïdes. On note certaines modifications du tempérament. Les troubles spastiques dominent chez le chimpanzé ; ils sont plus discrets chez les carnivores. La différence s'explique par la bilateralité plus grande de la représentation chez les animaux inférieurs. Par contre, chez les anthropoïdes, il existe une « encéphalisation » plus étendue des fonctions.

P. CARRETTE.

Les névrites optiques d'origine sinusienne, par M. TEULIÈRES. *Le Progrès médical*, n° 44, p. 1457-1464, 29 octobre 1938.

C'est au niveau du canal optique que le nerf est particulièrement vulnérable dans les sinusites. L'infection se transmet par propagation de la muqueuse à la méninge, des sinus veineux aux veines du nerf ou détermine une compression pariétale. La thérapeutique anti-infectieuse n'est pas toujours suffisante et il est parfois nécessaire de pratiquer la ponction sphénoïdale ou la radiothérapie.

P. CARRETTE.

La pathogénie du zona, par A. SÉZARY. *Le Progrès médical*, n° 48, p. 1597-1599, 26 novembre 1938.

M. Sézary propose l'explication suivante. Une septicémie spécifique à point de départ pharyngé va se localiser dans les éléments ganglio-radicaux pour déterminer le zona. Les troubles sympathiques entraîneront des modifications vaso-motrices cutanées et le virus se fixera dans des vésicules dermo-épidermiques. Ce type d'affection provoque une immunité rapide. Il ne peut se développer successivement dans plusieurs zones ganglio-radicales.

P. CARRETTE.

ANATOMIE

Connexions descendantes de l'hypothalamus (Deseending Connections from the Hypothalamus), par H.-W. MAGOUN, S.-W. RANSON et A. HETHERINGTON. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXXIX, n° 6, p. 1127-1149, juin 1938.

L'attribution à l'hypothalamus de centres neuro-végétatifs implique l'existence de voies descendantes que l'on considèrerait naguère comme juxtaposées et croisées. Les recherches du présent travail, par le moyen des coupes en séries après destruction des noyaux centraux, montrent que les voies hypothalamiques occupent de larges surfaces centrales et tegmentales dans le cerveau moyen, le Pont et la moelle cervicale, que les faisceaux marginaux sont directs comme la plupart des fibres, les voies croisées comprenant quelques faisceaux à distribution périphérique respiratoire et vaso-motrice.

P. CARRETTE.

Tumeur surrénale avec métastases pulmonaire et cérébrale (Tumor suprarenal con metastasis en pulmon y cerebro), par VICENTE DIMITRI et CARLOS ALEM. *Revista neurologica de Buenos-Aires*. T. III, n° 1, p. 33-63. juillet-août 1938.

L'étude histologique des sympathomes embryonnaires permet de suivre les états évolutifs du système nerveux sympathique : sympathogonies, sympathoblastes, cellules géantes et fibrilles. Le cas de MM. Dimitri et Alem prouve que ces formes peuvent évoluer chez l'adulte, et même après 40 ans. L'absence de localisations hépatique et osseuse les différencie nettement des types classiques de Pepper et Hutchinson. L'hypernéphrome initial ne fournit pas de symptômes perceptibles. Les phénomènes pleuro-pulmonaires servent d'ébauche au tableau clinique avec des adénopathies, puis surviennent des crises d'épilepsie jacksonienne et une hémiplégie facio-brachiale.

P. CARRETTE.

BIOLOGIE

Le taux d'acide vitaminique C du plasma sanguin dans les psychoses alcooliques (Cevitamle Acid Content of Blood Plasma in Alcoholic Psychoses), par Leo ALEXANDER, Michel PLOAN, Purcell G. SCHUBE et Merrill MOORE. *Archives of neurology and Psychiatry*. T. XL, n° 1, p. 58-65, juillet 1938.

Les dosages d'acide vitaminique C dans le plasma accusent une diminution nette dans l'alcoolisme. Le minimum est atteint au cours des délires chroniques avec polynévrite et dans les accès de delirium. L'insuffisance de vitamine C rejoint parfois celle des états préscorbutiques.

P. CARRETTE.

Variations du magnésium et du potassium associées à l'épilepsie essentielle (Variations in Magnesium and Potassium associated with Essential Epilepsy), par Arthur D. HIRSCHFELDER et Victor G. HAURY. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XL, n° 1, p. 66-78, juillet 1938.

Durant la crise épileptique, le taux de magnésium est diminué dans le plasma sanguin ; il est plus élevé dans le liquide céphalo-rachidien. Le taux du potassium évolue en sens inverse. Cependant l'administration orale continue de magnésium n'améliore pas l'épilepsie, pas plus que l'emploi du chlorure de potassium ne l'aggrave. On a pu parfois couper les crises par des injections intraveineuses de sulfate de magnésium, tandis que, dans un cas, l'élévation du magnésium sanguin maintenue artificiellement en l'introduisant par voie veineuse à hautes doses n'a pas empêché l'éclosion des phénomènes convulsifs.

P. CARRETTE.

Recherches sur la glycémie et la chlorémie chez les schizophrènes en cure insulinaire, par M. GROSS et G. GROSS-MAY. *Le Progrès médical*, n° 40, p. 1317-1322, 1^{er} octobre 1938.

La durée et la profondeur du coma ne sont pas liées strictement à l'hypoglycémie. D'autre part il existe une susceptibilité individuelle à l'insuline. Elle dépendrait de la réserve en vitamine B₁. La consommation de celle-ci est parallèle à celle des hydrates de carbone. Enfin on sait que le globule rouge se débarrasse plus rapidement du sucre que le plasma. La répercussion sur le taux des chlorures est évidente : la transpiration, la sécrétion gastrique contribuent à l'élimination. Chez le schizophrène la rétention chlorurée est très marquée, la chloropexie observée en cours de traitement mérite d'être retenue comme élément de pronostic.

P. CARRETTE.

La teneur en alcool dans le sang et le liquide céphalo-rachidien dans les affections neurologiques et psychiques, par S. HRYNIEWICZ et M^{me} V. SWIETKOWSKA (*Polska Gazeta Lekarska*, T. XVII, n° 44, 30 octobre 1938).

Les auteurs étudient la teneur en alcool du sang au cours des affections neurologiques et psychiques. Leurs conclusions sont basées sur 457 cas de

diverses affections neurologiques et psychiques. Dans 152 cas, le liquide céphalo-rachidien a été étudié simultanément. Sur ce nombre important de malades, 11 seulement présentaient un taux élevé d'alcool endogénique. Les auteurs concluent que l'élévation du taux d'alcool dans le sang ne dépend pas de l'affection clinique. L'augmentation du taux d'alcool ne peut être attribuée qu'à l'élévation de l'acidité du sang, due probablement à l'excitation motrice déterminée au cours de l'intervention.

Le taux d'alcool endogénique ne dépend pas de la teneur en cholestérine, ni du sucre, ni du calcium, ni des chlorures, ni du fer.

FRIBOURG-BLANC.

Diminution de la pression du liquide céphalo-rachidien par le sérum concentré lyophile (Reduction of cerebrospinal Fluid Pressure by concentrated lyophile Serum), par David WRIGHT, Douglas BOND et Joseph HUGHES. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXXIX, n° 6, p. 1288-1293, juin 1938.

L'expérimentation chez le chien montre que les solutions concentrées de sérum à la dose de 4 cms. par kilogramme réduisent la tension rachidienne. Les mesures par ponction sous-occipitale indiquent que cette chute de pression peut durer plus de 20 heures si on double la dose de sérum.

P. CARRETTE.

Taux sécrétoire de la parotide chez les schizophrènes (Parotid Secretory Rate in Schizophrenic Patients), par Edward I. STRONGIN et Leland E. HINSIE. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. T. LXXXVII, n° 6, p. 715-724, juin 1938.

Le taux de la sécrétion parotidienne subit les variations imposées par les modifications du système sympathique qui innerve la glande par l'intermédiaire du ganglion optique et du nerf auriculo-temporal. Des mesures sont effectuées chez les sujets normaux, dans les phases initiales de la schizophrénie et dans les états chroniques. Au début de la maladie, une diminution de la sécrétion est habituelle, plus tard on observe une augmentation irrégulière et considérable. Cette méthode peut constituer une base pour les recherches utiles dans les psychoses : celles qui explorent les modifications du système nerveux et de l'équilibre bio-chimique.

P. CARRETTE.

Biotypologie féminine (Biotipologia Feminina), par Martin GOMES. *Anais da Faculdade de Medicina de Porto Alegre*. T. I, n° 1 p. 113-185, juillet-septembre 1938.

Une étude fructueuse de la biotypologie féminine devrait partir de bases morphologiques solides pour établir leurs relations avec les types psychologiques. Les diverses personnalités féminines apparaîtraient sans recours aux notions pathologiques et pourtant c'est par des anomalies que les types se distinguent d'abord : ainsi l'esthénie s'oppose à l'asthénie ; mais du « cyclotisme » au « schizotisme » il y a des intermédiaires avec des différences constitutionnelles.

On distingue des types somatiques à modifications totales : macrosomique (gigantisme), microsomique (nanisme), bisexuelle (pseudo-hermaphrodisme)

et dans l'ordre pathologique les degrés suivants : 1° femmes normales avec hypo ou hyperféminité, brachy ou longitypiques (leptotosiques et stébéniques) ; 2° femmes subnormales : athlétiques, hypoplasiques, intersexuelles ; 3° femmes anormales : dysplasiques. Les mensurations et les constantes biologiques doivent être recherchées, multipliées pour arriver à une classification valable. La contribution de M. Gomès, avec ses nombreux examens et la rigueur de la fiche qu'il a instituée dans son service de gynécologie, présente un intérêt réel.

P. CARRETTE.

ENDOCRINOLOGIE

De quelques psychoses endocriniennes. Folliculine et troubles mentaux, par H. BARUK. *Le Progrès médical*, n° 44, p. 1453-1454, 29 octobre 1938.

L'hyperfolliculinisme, découvert tout récemment, a déjà à son actif des faits cliniques et biologiques précis. L'expérimentation est venue les confirmer. Les crises d'excitation avec délire, les bouffées anxieuses du déséquilibre ovarien sont parfois la conséquence d'une thérapeutique maladroite. Ces états pathologiques conduisent au dosage de la folliculine et à la lutéinothérapie.

P. CARRETTE.

D'Hippocrate au Néo-Hippocratisme, par Jean LASSERRE. *Anais da Faculdade de Medicina de Porto Alegre*. T. I, n° 1, p. 56-61, juillet-septembre 1938.

Les quatre types de tempéraments de la médecine humorale sont à l'ordre du jour. Les progrès récents de l'endocrinologie ont contribué à en préciser certains caractères. Si la notion de constitution complique le problème en multipliant les variétés humaines, celle de tempérament paraît de plus en plus subordonnée aux notions fournies par l'étude des hormones. C'est dans ce sens qu'il faut entendre la renaissance des idées hippocratiques.

P. CARRETTE.

THÉRAPEUTIQUE

Résultats du traitement non-spécifique dans la démence précoce (Results of Non-Specific Treatment in Dementia Praecox), par Clarence O. CHENEY et Patrick H. DREWRY jr. *The American Journal of Psychiatry*. T. VC, n° 1, p. 203-217, juillet 1938.

Les auteurs appellent traitement non spécifique, l'ensemble des méthodes opportunistes comprenant le travail physique et professionnel, l'hydrothérapie, le dépistage des troubles somatiques chroniques ou récidivants avec le traitement local (dentaire, gynécologique, etc...), ou général (diététique). Les résultats sur 500 cas sont comparés à ceux des traitements en série « spécifiques » (cardiazol et insuline). Ils ne sont pas nettement inférieurs et ont l'avantage de pouvoir être prolongés sur les mêmes bases. Les formes catatoniques ont une tendance à poursuivre l'amélioration après la sortie de l'hôpital, tandis que les formes hébéphréniques demandent une

cure plus sévère. Ce travail est une contribution au problème de la démence précoce considérée comme un état morbide complexe psycho- et physiopathique relevant des méthodes de cure individuelles.

P. CARRETTE.

L'électro-encéphalogramme dans les convulsions produites par le cardiazol (The Electro-Encephalogram in Convulsions induced by Cardiazol), par L.-C. COOK et W. GREY WALTER. *Journal of Neurology and Psychiatry*. T. I, n° 3, p. 180-185, juillet 1938.

La crise convulsive produite par le cardiazol est comparable à celle de l'épilepsie. L'encéphalogramme montre une décharge focale coïncidant avec le spasme tonique. Elle siège toujours dans la région du gyrus frontal supérieur. L'échec de l'injection s'exprime par des décharges anormales de toutes les aires corticales. Leur durée correspond à une période de confusion mentale et de malaise.

P. CARRETTE.

L'électrocardiogramme au cours du traitement par le cardiazol, par J. LANKOSZ et H. WEBER. (*Polska Gazeta Lekarska*, T. XVIII, n° 14, 2 avril 1939).

Les auteurs s'attachent à l'étude de l'électrocardiogramme des malades atteints de schizophrénie pendant le traitement au cardiazol. Les 15 malades choisis pour cette investigation jouissaient d'une intégrité absolue de leur système circulatoire. Les auteurs constatent que presque tous les malades présentent, au cours des accès convulsifs, une tachycardie sinusale se maintenant pendant 15 à 20 minutes. Dans 50 0/0 des cas l'électrocardiogramme révèle, pendant 1 à 2 minutes après l'accès convulsif, des changements manifestes se traduisant par l'abaissement des segments ST II et ST III ainsi que l'applatissage et souvent même l'inversion du soulèvement T. Ces changements persistent pendant 15 à 20 minutes. Ensuite, l'aspect de l'électrocardiogramme redevient normal. Les auteurs attribuent ces modifications à une déficience d'oxygénation du muscle cardiaque, due à la crise convulsive. Elles ne semblent pas être liées à l'emploi du cardiazol. Trois observations, accompagnées de tracés électrocardiographiques, illustrent ce travail.

FRIBOURG-BLANC.

Valeur de l'hydrothérapie dans le delirium tremens (An Evaluation of Hydrotherapy in the Treatment of Delirium Tremens), par ROBERT M. BELL et PERRY C. TALKINGTON. *The American Journal of Psychiatry*. T. VC, n° 1, p. 161-166, juillet 1938.

La méthode de traitement du delirium tremens comprend les étapes suivantes : suppression complète de l'alcool, purgatifs salins, enveloppements humides froids, bains frais, bains électriques, douches, régimes à haute valeur calorique, occupations surveillées et dirigées. La phase hallucinatoire et l'excitation peuvent être ainsi écourtées. Chez les sujets jeunes la réadaptation s'effectue plus rapidement.

P. CARRETTE.

Action thérapeutique de la vitamine B dans la myélose funiculaire de l'anémie pernicieuse, par J.-C. MUSSIO-FOURNIER et F. RAWAK. *Revue Neurologique*. T. LXX, n° 6, p. 604-607, décembre 1938.

Si l'anémie s'améliore avec le traitement hépatique, les troubles nerveux n'ont cédé qu'aux injections répétées vitamine B à fortes doses. Les quantités curatives sont très supérieures aux besoins organiques et chaque variété est efficace ce qui écarte pour la myélose de l'anémie pernicieuse l'hypothèse étiologique d'une simple hypovitaminose.

P. CARRETTE.

Les indications thérapeutiques de l'hormone dite mâle (propionate de testotérone) chez la femme, par Marcel PERRAULT. *Le Progrès médical*, n° 47, p. 1571, 19 novembre 1938.

La testotérone est un tonique neuro-musculaire et un régulateur du métabolisme des glucides. Les effets dans le prostatisme sont connus. Chez la femme, à doses faibles (5 à 10 milligrammes 1 ou 2 fois par semaine), elle combat avec succès l'asthénie et l'anxiété.

P. CARRETTE.

Nos premiers résultats de la roentgenthérapie fonctionnelle de l'hypophyse, par L. DELHERM et H. FISCHGOLD. *Le Monde médical*, n° 926, p. 857-872, 15 novembre 1938.

L'irradiation fonctionnelle de l'hypophyse s'adresse à un nombre considérable de perturbations physiologiques. Cette glande joue en effet un rôle hormonal complexe. Le lobe antérieur est stimulant des fonctions folliculinique et lutéinique, prolactinique, thyroïdienne, parathyroïdienne et surrénalotrope, sommatotrope, calorigène et acétonémiant, glycémiant. Le lobe postérieur à une action ocytotique, antidiurétique et hypertensive. Enfin un lobe intermédiaire produit l'intermédiine, dilatatrice des érythrocytes. Pratiquement l'irradiation peut modifier l'aménorrhée, les troubles de la ménopause, le para-basedowisme, l'insulino-résistance et l'obésité.

P. CARRETTE.

Les traitements physiothérapiques de l'hémiplégie, par J.-A. CHAVANY. *Le Progrès médical*, n° 48, p. 1607-1608, 26 novembre 1938.

L'hémiplégique conscient de l'incertitude de la plupart des traitements fait volontiers confiance à l'électricité. Au début, dans la période d'instabilité vaso-motrice, seule la radiothérapie cérébrale peut être employée sans danger à faibles doses. Plus tard M. Chavany préconise également l'ionisation calcique ou iodurée trans-orbito-occipitale ou la d'Arsonvalisation à ondes courtes aux doses moyennes et faiblement thermiques.

P. CARRETTE.

Réduction de l'hypertension intracranienne par les solutions concentrées de sérum humain « lyophile » (Reduction of Increased Intracranial Pressure by Concentrated Solutions of Human Lyophilic Serum), par Joseph HUGHES, Stuart MUDD et Edward A. STRECKER. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXXIX, n° 6, p. 1277-1287, juin 1938.

Le sérum humain « lyophile » est séparé de certaines lipides et rendu propre aux injections intraveineuses à une concentration quadruple de la normale. L'administration se fait lentement à la dose de 200 cms. L'aptitude de ce traitement à relever la tension artérielle et à réduire celle du liquide céphalo-rachidien le rend très utile dans tous les états de choc et d'hémorragie avec perturbations circulatoires intenses.

P. CARRETTE.

Les indications opératoires dans la chirurgie des tumeurs cérébrales par Percival BAILEY et Léon ECTOR. *Revue Neurologique*. T. LXX, n° 5, p. 459-470, novembre 1938.

On a un peu l'impression de commettre une indiscretion en lisant le savant exposé des éminents neurologues. Pour être partisan de la méthode de Dandy ou de celle de Cushing, pour discuter des avantages respectifs de l'intervention par voie transnasale ou par voie transfrontale dans les éranio-pharyngiomes, pour dire si l'on doit opérer les glioblastomes multiformes, s'abstenir ou faire une « décompressive », il faut être initié. Nous pouvons toutefois retenir de la lecture de ce travail qu'une hostilité systématique contre la chirurgie des tumeurs cérébrales n'est plus admissible aujourd'hui. Les moyens de diagnostic ne manquent pas. La découverte d'une tumeur bulbaire ou hypothalamique ne laisse pas l'espoir d'une intervention utile, tandis que des tumeurs qui commanderaient logiquement l'ablation d'un pôle hémisphérique, frontal ou temporal par exemple, peuvent être confiées au neuro-chirurgien qui les traitera parfois avec succès.

P. CARRETTE.

MÉDECINE LÉGALE

La débilité mentale comme cause de délinquance infantile et juvénile, par Victor FONTES. *1^{er} Congrès latino-américain de Criminologie*. *Archivos de Medicina legal e Identificação*, n° 16, p. 47-64, 1 juillet 1938.

La débilité mentale est souvent à l'origine de la délinquance juvénile. Il importe de la distinguer de la psychopathie, car les épisodes délirants et dysthymiques des débiles sont fréquents et leur pronostic est très différent de celui des psychoses. Le Congrès propose de développer l'enseignement de la psychiatrie infantile et l'assistance des malades et des délinquants afin de classer les sujets susceptibles de bénéficier des traitements et des essais de rééducation.

P. CARRETTE.

La débilité mentale comme cause de délinquance infantile et juvénile, par Paul VERVAECK. *I^{er} Congrès latino-américain de Criminologie, Archivos de Medicina legal e Identificacáo*, n° 16, p. 232-249, 1^{er} juillet 1938.

La délinquance juvénile soulève plus de problèmes qu'elle n'apporte de solutions. M. Vervaeck communique les résultats de ses investigations. En Belgique, le juge, en présence d'un délit, ordonne le placement du mineur ou la tutelle psychiatrique. D'autre part les débiles anormaux sont placés avant tout jugement dans des maisons d'éducation. Toute statistique est donc incomplète, notamment les recherches sur l'hérédité des délinquants, leur état intellectuel. En général, la débilité mentale joue un rôle moins important chez les garçons et l'inculpation la plus fréquente est le vol. Chez les filles, la débilité est plus souvent notée et le délit habituel est de nature sexuelle. Une étude d'ensemble s'impose, car il est pratiquement sans intérêt, fait observer l'auteur, de séparer le problème de la débilité mentale des autres conditions psycho-physiologiques de la délinquance juvénile.

P. CARRETTE.

Mise en valeur des facteurs biologiques et sociologiques dans les réactions antisociales des mineurs (Valoración de los factores biológicos y sociológicos en las reacciones antisociales de los menores), par Carlos de ARENAZA. *Revista de Psiquiatría y Criminología*, Buenos-Aires, 3^e année, n° 16, p. 337-358, juillet-août 1938.

L'auteur ne néglige certes pas les statistiques et les considérations sur les facteurs bio-psychiques qui favorisent la délinquance juvénile. Les signes de dégénérescence, le déséquilibre psychique, l'arriération intellectuelle jouent un rôle évident. Le traitement, l'instruction et l'éducation des enfants anormaux ne doivent pas être négligés. Mais il n'est pas douteux que le travail de réadaptation s'effectuera dans des conditions défavorables, avec un rendement minime pour un effort considérable si le facteur social n'est pas mis au premier plan et attaqué à sa base. Il y a un point sur lequel toutes les statistiques se rejoignent, c'est celui des conditions familiales défectueuses des mineurs antisociaux. Les réactions ne sont qu'un symptôme de la désorganisation du foyer. Un plan constructif doit mettre au premier rang de ses préoccupations une politique de défense, d'exaltation et de cohésion du foyer familial.

P. CARRETTE.

Un facteur criminogène secondaire. Cinématographe et Criminalité (Un factor criminógeno secundario. Cinematografo y Criminalidad), par Julio A. ALFONSIN. *Revista de Psiquiatría y Criminología*, n° 15, p. 275-288, mai-juin 1938.

La question du cinéma dans ses rapports avec la délinquance juvénile a fait couler beaucoup d'encre. L'auteur cite les opinions assez variées des psychiatres américains pour conclure à l'exagération des conclusions pessimistes tirées par certains. Le cinéma peut être considéré comme un facteur criminogène secondaire quand il agit sur des jeunes gens oisifs, sans foyer, déséquilibrés, à l'affût des suggestions déraisonnables. Son influence

déterminante, primitive, dans l'état actuel de sa réglementation, ne saurait être démontrée par l'interprétation de statistiques.

P. CARRETTE.

Profil criminologique de la paralysie générale, par Antonio BARBEAU et Paul LECAVALIER. *L'Hôpital*, novembre 1938.

L'examen criminologique des paralytiques généraux de la région de Montréal conduit à d'importantes conclusions. Tout d'abord, le nombre élevé des syphilitiques parmi les émigrants. Les mesures prophylactiques s'imposent. La fréquence des délits est frappante. Comme la neuro-syphilis provoque généralement des affections évolutives et rapides, il y a peu de récidivistes. L'examen biologique et clinique des prévenus peut seul assurer le dépistage. Les faits imputés sont bénins et variés, le diagnostic aisé. L'alcoolisme, souvent associé à la syphilis, multiplie les risques de délinquance grave et fournit la plupart des cas de criminalité.

P. CARRETTE.

Compte-rendu de l'étude psychiatrique et médico-légale de l'assassin du professeur Oscar Fontecilla (Informe del Estudio Psiquiátrico y Médico-legal del Asesino del Profesor Doctor Oscar Fontecilla), par Jaime VIDAL OLTRA, Volney QUIROGA ARENAS et Waïdo ITURRA MOREIRA. *Revista mexicana de Psiquiatria, Neurologia y Medicina legal*. T.V, n° 25, p. 39-51, mai 1938.

Le professeur Fontecilla est inscrit depuis le 30 mars 1938 au martyrologe de la psychiatrie. Il a été mortellement atteint de trois balles de revolver, tirées par l'un de ses malades, délirant hypocondriaque qui interprétait dans le sens d'une persécution systématique les traitements qui lui étaient appliqués depuis longtemps. Ni ses sentiments religieux, ni ses théories humanitaires, ni sa timidité naturelle, ne parvinrent à arrêter le malade dans sa détermination de tuer le professeur Fontecilla, responsable — selon lui — de la perte d'un « pouvoir vital », issu de son plexus solaire et qui devait lui assurer une supériorité incontestable sur ses contemporains. Les médecins experts concluent évidemment à l'irresponsabilité et à la nécessité d'interner un délirant inintimidable et disposé à récidiver.

| P. CARRETTE.

Impulsion inconsciente chez un épileptoïde (Una impulsión inconsciente en un epileptoide), par Pablo A. LINÍAS. *Revista de Medicina legal de Colombia*. T. 2, n° 7, p. 25-31, avril 1938.

La tentative homicide du sujet examiné est accomplie sans préméditation, sans motifs, au cours d'un paroxysme coléreux extrêmement violent. Par ses caractères l'acte lui-même est considéré comme une manifestation de nature épileptique. Il s'agit d'un déprimé habituel, atteint d'insuffisance hépatique et d'anémie tropicale, n'ayant jamais présenté d'accès convulsifs.

P. CARRETTE.

Un cas de kleptomanie (Un caso de cleptomania), par Susana SOLANO. *Archivos de Criminologia, Neuropsiquiatria y Disciplinas conexas*. T. 2, n° 2, p. 103-109, avril-juin 1938.

La kleptomanie est admise comme forme d'obsession dans les états de dégénérescence où elle est nécessairement associée à d'autres manifestations sympathiques. Dans le cas présent, il s'agit d'un alcoolique amoral, à tendances délictueuses multiples. Le rapport médico-légal signale la correspondance du type mental et du type biotypologique, conclut à la nocivité continue et préconise l'interuement à terme avec possibilité de sortie ultérieure surveillée et dirigée.

P. CARRETTE.

La novicité criminelle, fondement et mesure de la responsabilité pénale (La peligrosidad criminal como fundamento y medida de la responsabilidad penal), par Alfredo J. MOLINARIO. *Revista de Psiquiatria y Criminologia*. 3^e année, n° 17, p. 511-536, septembre-octobre 1938.

La base de la répression légale a été, dans le passé, morale ou philosophique. Le principe de la responsabilité individuelle, comme celui de la responsabilité sociale, justifie la peine en admettant les devoirs de chacun d'où découle un droit de sanction dont est munie l'autorité de justice dans les cas de non-accomplissement. M. Molinario, à la suite de nombreux auteurs, réclame comme critère de la décision pénale la notion de nocivité du sujet. Deux notions complémentaires doivent servir à juger un acte délictueux ou criminel, l'une sociale est celle de la défense collective, l'autre individuelle qui décide du sort du sujet dangereux suivant les principes de la science criminologique.

P. CARRETTE.

Aspects modernes de la criminologie (Aspétos modernos da Criminologia), par Celestino PRUNES. *Anais da Faculdade de Medicina de Porto Alegre*. T. 1, p. 186-200, juillet-septembre 1938.

Depuis Lombroso on a tenté d'expliquer la personnalité du criminel en faisant appel à la biotypologie selon Kretschmer, aux conceptions endocrinologiques de Penda, aux nouvelles orientations psychologiques de Freud et de ses élèves, de Watson et de Lazurski. M. Prunes expose son opinion sur la réaction anti-sociale liée à la genèse des déviations sexuelles, à l'interférence des phénomènes externes et internes, d'où la nécessité d'un examen somatique et psychologique des délinquants, conception qui conduit à mettre au premier plan des préoccupations du eriminologiste les notions prophylactiques. Elles englobent l'étude des constitutions et des tempéraments, la neuro-psychiatrie infantile, la délinquance juvénile, la protection bio-sociale de l'enfant, l'éducation scolaire et familiale.

P. CARRETTE.

L'ancienne doctrine des trois âmes et la psychologie criminelle moderne, par Alfredo NICEFORO. *1^{er} Congrès latino-américain de Criminologie. Archivos de Medicina legal e Identificación*, n° 16, p. 114-139, 1 juillet 1938.

Les conceptions psychologiques modernes parlent constamment du Moi et de ses indentifications supérieures et inférieures. Les théories de Freud ont appliqué un vocabulaire nouveau à des concepts très anciens. Les trois états de l'âme du Dante, synthétisées dans la parabole du pentagone, du carré et du triangle sont elles-mêmes des constructions poétiques inspirées d'Aristote avec son âme nutritive, sensitive et intellectuelle. Au travers de leurs descriptions les philosophes ont toujours indiqué que les divers types d'hommes peuvent être ramenés aux aspects variables d'un même individu ; ainsi le jugement de Malebranche sur Montaigne, ainsi les maximes de La Rochefoucault. Et il apparaît pour le criminologiste moderne que le Moi profond est fait d'instincts grossiers. C'est la volonté et l'intelligence qui leur donnent un masque. Ce sont ces facultés qu'il faut développer pour entretenir l'illusion d'un moi supérieur, d'un Super-Ego, éminemment social.

P. CARRETTE.

La peine d'après la psychanalyse (La pena en la psicoanalisis), par Manuel RIVERA-SILVA. *Revista mexicana de Psiquiatria, Neurologia y Medicina legal*, T. 5, n° 27, p. 43-45, septembre 1938.

La sentence exprimée par les pouvoirs de justice représente aux yeux des freudiens la vengeance de l'autorité sur l'individu qui réalise son besoin de plaisir par la violence. Le principe de la peine n'est donc pas altruiste. Pour Adler il s'associe à la tendance subconsciente à démontrer la force de la société contre le délinquant révolté, son pouvoir de reproduire les mêmes actes. A l'origine de la notion de peine il faudrait toujours rechercher l'idée du talion.

P. CARRETTE.

L'enseignement de la psychiatrie dans les Ecoles de Droit (La Enseñanza de la Psiquiatria en las Escuelas de Derecho), par Fernando LAVALLE-Revista mexicana de Psiquiatria, Neurologia y Medicina legal. T. V, n° 26, p. 39-41, juillet 1938.

En 1937, à l'Ecole libre de Droit de Mexico, un cours de psychiatrie a été confié à MM. Ramirez Moreno et Dávila, chargés plus spécialement d'initier les étudiants aux problèmes médico-légaux, aux questions se rapportant aux anti-sociaux et à l'enfance délinquante.

P. CARRETTE.

La théorie de la responsabilité sociale dans le Projet de nouveau Code pénal des Professeurs Gómez-Coll (La teoría de la responsabilidad social en el Proyecto de nuevo Código Penal de los Profesores Gómez-Coll), par Pablo MARCONDE. *Revista de Psiquiatria y Criminología*, n° 15, p. 251-256, mai-juin 1938.

Le projet Gómez-Goll rejette le principe de toute responsabilité individuelle. Il développe la notion de responsabilité sociale en raison d'un « im-

pératif de culture, qu'exige la vie sociale, en sa finalité cosmique ». Il est probable que cette conception est destinée à demeurer une formule. Comme le fait observer M. Mariconde, la société assume un double rôle, répressif et préventif ou éducatif. Son effort appelle une sanction pour l'individu et pour elle-même. Elle ne condamne pas obligatoirement ses méthodes en exerçant la répression. Elle assure sa propre défense et les raisons multiples de son initiative n'ont qu'un intérêt théorique.

P. CARRETTE.

Les principes de la récidive dans le droit pénal classique, par H. BEKAERT.
(*Revue de Droit pénal*, 19^e année, n° 2, février 1939).

L'étude sociale, psycho-physiologique, pénale et pénitentiaire des récidivistes permet d'émettre à leur sujet trois considérations fondamentales :

1° l'activité criminelle du récidiviste est la manifestation d'un état permanent ou durable de l'individu. Pour le droit pénal, cet état est différent de l'infraction isolée commise par un délinquant occasionnel ;

2° l'état de danger social du récidiviste et ce délinquant lui-même, peuvent, comme le délit, être l'objet de droit pénal ;

3° les récidivistes constituent une catégorie spéciale de délinquants. Ils ne peuvent être confondus, ni avec les délinquants occasionnels, ni avec les délinquants psychopathes.

Pour l'auteur, les thèses essentielles de l'école classique doivent être abandonnées et remplacées par les principes suivants :

la récidive établit l'existence, chez le délinquant, d'une criminalité différente de la criminalité occasionnelle et non une présomption de culpabilité morale plus grande ;

l'existence d'une criminalité particulière chez le récidiviste impose l'abandon du système qui a échoué et le recours à une technique différente basée sur l'ensemble de sa criminalité et non pas l'application d'une peine plus forte ;

la modification du régime pénitentiaire doit être subordonnée à plusieurs conditions. Il faut que le délinquant ait subi au moins une ou plusieurs peines d'emprisonnement ordinaire. De plus la témibilité objective et subjective des récidivistes doit être établie. Pour cela il faut envisager l'importance, la multiplicité, la fréquence des infractions commises ainsi que leur analogie. De même il faut étudier le comportement du délinquant aux points de vue physiologique et psychologique, social et professionnel ainsi que pénitentiaire.

Enfin il y a lieu de conserver à l'application du régime de la récidive le caractère facultatif qu'elle présentait dans les législations classiques.

LAUZIER.

Identification criminelle (Identificación criminal), par Julio J. BERENGUER.
(*Revista de Psiquiatria y Criminologia*. 3^e année, n° 16, p. 429-450, juillet 1938.

Les anciens procédés d'identification des criminels étaient parfois barbares. Le bertillonage, méthode anthropométrique, n'a pas toujours empêché de graves confusions. La dactyloscopie est un complément indispensable qui a

fait ses preuves. Connue au Moyen Age, utilisée par les peuples orientaux, la dactyloscopie doit ses préceptes scientifiques modernes aux découvertes de Galton. Toutefois c'est en 1901, grâce à Juan Vucetich, employé à la police provinciale de Buenos-Aires, que le système des empreintes digitales devient pratiquement utilisable par toutes les polices du monde. On connaît le point de départ du système de Galton avec ses quatre types fondamentaux d'empreintes : l'arc, la boucle interne, la boucle externe, le verticille. On sait que la méthode chiffrée se complète d'une subdivision alphabétique suivant la position des repères. Des annotations supplémentaires peuvent être relevées en situant les accidents géométriques par rapport au centre de la figure. Bref, la dactyloscopie est arrivée à un stade de perfection mathématique tel que toute cause d'erreur est pratiquement supprimée. M. Berenguer, tout en reconnaissant les mérites de la méthode, déplore l'excès des moyens d'identification qui ajoute aux difficultés du classement sans augmenter les garanties. Il propose de séparer d'abord les délinquants et les récidivistes suivant l'acte, les tendances et les antécédents afin de simplifier le groupement des fiches.

P. CARRETTE.

Justification d'une loi nationale de protection pour malades internés, accidentés dans l'exercice de la praxithérapie (Justificación de una ley nacional de protección para los asilados que se accidentan en el ejercicio de la Praxiterapia), par Exequías BRINGAS NUÑEZ. *Boletín del Asilo de Alienados en Oliva*. VI^e année, n° 19-22, p. 43-54, janvier-décembre 1938.

L'accident survenu au cours du travail thérapeutique de l'aliéné n'est prévu par aucun texte de loi. Les bases d'appréciation n'existent pas. Le régime des accidents du travail n'est pas applicable puisqu'il n'y a pas contrat. Le salaire ne peut servir de point de départ car le pécule est à un taux variable et insuffisant. L'auteur demande au Congrès national de médecine de Cordoba d'étudier la question en droit et en pratique.

P. CARRETTE.

Le paludisme doit-il être déclaré comme maladie professionnelle ? (¿ Debe declararse el paludismo enfermedad profesional ?), par José TORRES TORRES. *Revista mexicana de Psiquiatria, Neurologia y Medicina legal*. T. 5, n° 27, p. 31-37, septembre 1938.

Les travailleurs des régions envahies par le paludisme sont généralement contaminés plus ou moins rapidement. Ceux qui sont déjà atteints ne doivent pas être admis. Pour les autres il convient de distinguer les étrangers et les indigènes. Pour les étrangers la contamination est un accident du travail. Pour les ouvriers originaires d'une région paludéenne, avec ou sans antécédents, la contamination est une maladie professionnelle. Si le paludisme est admis légalement dans la liste des maladies contractées au cours du travail, il menace de constituer une charge considérable pour certaines entreprises, mais la disposition légale devient du même coup le meilleur stimulant de la lutte contre la propagation de la malaria et contre les conditions insalubres du travail.

P. CARRETTE.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances

La *séance ordinaire* du mois d'OCTOBRE de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 23 octobre 1939*, à 4 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

La *séance ordinaire* du mois de NOVEMBRE de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 27 novembre 1939*, à 4 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (XIV^e arrondissement).

L'*Assemblée générale statutaire* et la *séance ordinaire* du mois de DÉCEMBRE de la Société Médico-psychologique auront lieu le *lundi 18 décembre 1939*, à 4 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (XIV^e arrondissement).

L'activité de la Société Médico-psychologique pendant la guerre

Séance extraordinaire du lundi 25 septembre 1939 sous la présidence de M. Laignel-Lavastine, président.

En raison des événements, le Bureau a jugé utile de convoquer la Société en une *séance extraordinaire d'information*, dans le double but d'envisager quel pourra être le régime de la Société pendant la durée des hostilités, et d'examiner les dispositions qui pourraient être prises pour rendre plus efficace l'assistance psychiatrique en temps de guerre. De nombreux membres de la Société ont répondu à cet appel. Il a été décidé de tenir, conformément aux statuts, pendant la durée de la guerre, une *séance mensuelle, le quatrième lundi de chaque mois*, 12, rue de Seine.

M. COLLET, *trésorier*, attirant l'attention sur la situation financière de la Société, a insisté vivement sur la nécessité, pour les membres de la Société, qui ne l'ont pas encore fait, de *s'acquitter sans plus attendre de leur cotisation*.

Nécrologie

M. le D^r Paul CAMUS, Médecin de la Salpêtrière et de Bicêtre, *Membre honoraire de la Société Médico-psychologique*.

HOPITAUX PSYCHIATRIQUES

Nécrologie

M. le D^r S. LWOFF, Médecin-Chef honoraire des Asiles de la Seine ;

M. le D^r M. VIOLET, ancien Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique de la Chartreuse de Dijon (Côte-d'Or).

Légion d'Honneur

Ministère de la Santé publique :

Est promu au grade d'Officier dans l'Ordre national de la Légion d'honneur :

M. Maurice LÉVÊQUE, Chef du 1^{er} Bureau au Ministère de la Santé publique.

Sont nommés Chevaliers de la Légion d'honneur :

M. le D^r Henri BARUK, Médecin-Chef à la Maison Nationale de Santé de St-Maurice (Seine) ;

M. le D^r LATAPIE (Antoine), Médecin-Chef à la Maison de Santé départementale de la Seine-Inférieure.

Ministère de la Défense Nationale :

Est promu au grade d'Officier dans l'Ordre national de la Légion d'Honneur : M. le D^r P. BEAUSSART, Médecin-Commandant.

Nominations

M. le D^r MONTASSUT est nommé Médecin-Directeur de l'Hôpital psychiatrique de Moisselles (Seine-et-Oise) ;

M. le D^r TEULIÉ est nommé Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique de Villejuif (Seine) ;

M. le D^r M. LECONTE est nommé Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique de Lorquin (Moselle), à titre Intérimaire ;

M. le D^r EDERT est nommé Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique de Vaulcaille (Dordogne) ;

M. le D^r BERGERON est nommé Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique de Saint-Venant (Pas-de-Calais).

M. le D^r P. PUECH est nommé Neuro-Chirurgien de l'Hôpital psychiatrique Sainte-Anne, à Paris.

Poste vacant

Est déclaré vacant :

un poste de Médecin-Chef au Centre d'hygiène mentale de Marseille (poste créé).

Nomination d'un neuro-psychiatre des Hôpitaux maritimes

Après concours, M. le D^r PICARD, Médecin de 1^{re} classe de la Marine, a été désigné comme médecin spécialiste (neuro-psychiatrie) des hôpitaux maritimes.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Société Suisse de psychiatrie

La Société Suisse de Psychiatrie tiendra sa réunion d'automne à Soleure les 4 et 5 novembre 1939.

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

Le barbiturisme aux Etats-Unis

Une étude récente, publiée par *The Journal of the American Medical Association*, nous apprend qu'il s'est vendu en 1936, aux Etats-Unis, 7.760 kilogrammes de barbituriques. Ils ont servi, outre leur usage thérapeutique, à perpétuer près de 400 suicides, surtout dans les villes ; dans l'ensemble, 4,2 % des suicides par poisons, et 0,66 % du nombre total ; et ce chiffre tend à augmenter chaque année.

Ph. D. (*La Presse Médicale*, 29 juillet 1939).

UNIVERSITÉ DE PARIS

Faculté de Médecine

M. le Professeur M. LAIGNEL-LAVASTINE fera sa leçon inaugurale de la chaire de Clinique des maladies mentales et de l'encéphale le mercredi 15 novembre 1939 à 10 heures à l'Hôpital psychiatrique Sainte-Anne (Amphithéâtre de la Clinique).

M. le D^r LÉVY-VALENSI, agrégé de psychiatrie, médecin des Hôpitaux de Paris, est nommé Professeur d'Histoire de la Médecine à la Faculté de Médecine de l'Université de Paris.

NÉCROLOGIE

M. le Professeur Harvey CUSHING, de l'Université Harvard, à Cambridge (Mass., U.S.A.) ;

M. le Professeur Sigmund FREUD, de Vienne ;

M. le D^r Henri HAVELOCK ELLIS, de Philadelphie.

Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.

Imprimé par Imp. A. COUESLANT (personnel intéressé)
à Cahors (France). — 58.919

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

QUELQUES TERMINAISONS DES DÉLIRES CHRONIQUES

*Suspension et réintégration du délire ; Degrés divers
de réadaptation sociale ; Processus de normalisation*

PAR

JACQUES VIÉ

Dans ce travail, nous avons délibérément rompu avec la conception intellectualiste de l'évolution des délires chroniques, qui depuis les discussions fameuses de 1886-88, dominait toute la question. Ayant regardé vivre, jour par jour, pendant cinq ans, nos vieux délirants chroniques, dans ce milieu du placement familial si propice à l'observation et même à l'expérimentation psycho-sociologique, nous avons tenté de rattacher leur état présent à l'ensemble du processus morbide, et de les classer d'un point de vue pratique, d'après les caractéristiques globales de leur comportement.

Celles-ci, d'emblée, nous ont paru orientées par rapport à trois pôles, à trois coordonnées : le *monde réel de l'ambiance* et le *monde virtuel du délire*, qui conditionnent presque toute la vie quotidienne en colonie familiale ; et encore le *monde immanent*

du *passé*, de « l'autre vie », souvent réduit aux souvenirs, lointains déjà, de la période qui précédait l'internement, mais que ravivent quelques événements — lettres, visites, sondages inappréciables sur l'affectivité résiduelle.

Les sujets, d'après ces critères, se sont classés en groupes assez bien définis. Les uns sont bien *intégrés* (ou réintégrés) au monde réel : ils s'y orientent comme nous, et pour eux ce monde est bien ce qu'il est pour nous : ce sont là les cas les plus favorables. Dans un second groupe, les malades empruntent les éléments de leur conduite à la fois au monde réel, auquel ils sont *adaptés* avec plus ou moins de bonheur, et au monde délirant qui leur apporte sur les choses des conceptions différentes des nôtres : ils peuvent sembler vivre comme nous, ils sont autres. Enfin, dans une dernière série de cas, on assiste à des *vies purement délirantes*, dans un monde néoformé, notre ambiance ne fournit plus au malade qu'un cadre, qu'un décor dans lequel il s'oriente, mais qu'il identifie, qu'il « utilise » selon des fins radicalement étrangères à nous.

On a retenu ici entre bien d'autres, 14 observations de vieux délirants, tous âgés, en 1936, de plus de 55 ans, et internés depuis 15 ans pour le moins, qui présentaient de façon typique, des modalités terminales du délire, intéressantes à des points de vue divers.

I. — INTÉGRATION COMPLÈTE A LA VIE RÉELLE SÉQUELLES HALLUCINATOIRES MINEURES

Le premier malade de notre série ne présente plus aucun phénomène hallucinatoire ni délirant en activité, il apparaît comme un affaiblissement organique chez un hyposystolique.

Obs. I. — *Psychose hallucinatoire chronique ancienne*. « J'ai entendu des voix, c'est pourquoi je ne pouvais plus rien supporter à la maison. » Souvenirs du délire, normalisation. Intégration complète. Cardiopathie.

Joseph G..., né en 1859, pâtissier, interné à 40 ans, en 1899.

24 avril 1899 : « Hallucinations de l'ouïe liées à des idées de persécution. » (Eug. Charpentier).

21 novembre 1910 : « Délire de persécution avec hallucinations de l'ouïe, de l'odorat et de la sensibilité générale sans réactions violentes. » (Roubinovitch).

En 1922, il n'a plus que des phénomènes résiduels, « Léger affaiblissement intellectuel avec aboulie, a peur de quitter l'asile, se sent incapable de gagner sa vie, on l'a persécuté, menacé de le tuer, on le

laisse tranquille à présent. » (Lwoff). Néanmoins, « il ne rectifie rien de son délire passé ». (R. de Fursac, 5 mars 1925).

A Ainay, le 13 mars 1925, M. Ameline le classe parmi les déments vésaniques. Son histoire sera dominée par les troubles cardio-vasculaires, hypertension habituelle avec chutes de tension brutales répondant à des crises d'hyposystolie, dyspnée, céphalées, vertiges, vomissements, marche à petits pas, obésité. Hémiplégie gauche, le 15 juin 1936.

Joseph G., bien orienté, ne manifeste aucune séquelle hallucinatoire, ni aucun propos délirant. Il participe à la vie de son entourage de la façon la plus normale. Depuis qu'il ne peut plus aider ses nourriciers dans leurs travaux, il se repose, assis dans la cour, et lit les journaux. Il correspond avec sa fille et son fils dont il reçoit avec joie la visite annuelle.

Il a gardé un souvenir exact de sa vie passée. Voici comme il nous parle, en 1934, de sa maladie. « J'étais tombé malade par le.... le chlore, qu'ils mettent sur les trottoirs, dans les ruisseaux, on respirait ça le soir en se mettant à la fenêtre, on respirait *c'est l'odeur* de chlore. J'ai été trouver le commissaire du quartier qui m'a donné un certificat pour aller à la Salpêtrière... Deux mois après, ils m'ont guéri la tête complètement, ils m'ont dit : Voulez-vous rester. Je suis resté travailler à Bicêtre. Mais à Bicêtre, « on mettait encore du chlore dans les cabinets, l'odeur montait, ceux qui étaient près des fenêtres tombaient paralysés. Les infirmes de Bicêtre venaient chanter sous les fenêtres des airs pleureurs : ça m'agaçait, moi qui étais d'un tempérament nerveux ayant eu la typhoïde en 74. » Et questionné sur les hallucinations, il avoue : « J'ai entendu des voix, la persécution quoi ?, c'est pourquoi je ne pouvais plus rien endurer à la maison. »

Joseph n'est donc plus délirant à proprement parler : il reconnaît la nature pathologique des troubles qui l'ont fait interner, mais il en fournit une *explication rationnelle, vraisemblable, extérieure à lui-même* : l'intoxication par un désinfectant, l'énervement causé par les chants des infirmes. C'est ce que nous désignons sous le nom de *normalisation du délire*. Ainsi la synthèse entre le passé et le présent de sa vie demeure entière. Le délire reprend sa place, dépouillé de toute étrangeté, *il est réintégré* dans l'existence du malade, dont la personnalité reste ainsi intacte.

Retraités du délire. — D'autres sujets, au crépuscule d'une vie consacrée depuis de nombreuses années au délire, paraissent y renoncer plus ou moins tacitement, bien que leur conviction persiste entière, mais le processus morbide a épuisé l'ardeur de ses atteintes : c'est à eux que s'applique la dénomination si

expressive de *Retraîtés du délire* (Dide et Guiraud). Nous en avons observé un bel exemple, d'autant plus intéressant que le début de son histoire est rapporté par Chaslin dans sa *Sémiologie*, p. 702 : l'internement avait, pour un temps, suspendu chez lui les phénomènes hallucinatoires, qui semblent s'être développés par poussées successives, tandis qu'au cours des années, le délire demeurait inchangé.

OBS. II. — *Psychose hallucinatoire chronique avec délire systématisé. Artério-sclérose. Conservation de l'intelligence. Retraîté du délire, « il est trop tard pour qu'ils continuent ».*

Charles Dor..., né en 1864, cuisinier, interné une première fois à 12 ans (1906), puis définitivement à 43 ans (1907).

26 janvier 1907 : « Délire de persécution, hallucinations du goût et de l'ouïe. » (Chaslin).

Le 20 décembre 1933, D... entre à la Colonie d'Ainay. Depuis de nombreuses années, il se contentait de réclamations verbales et épistolaires et son principal antagoniste, son beau-frère, était décédé. D... se présente alors comme un homme de 70 ans qui a conservé toute sa validité physique, en dépit d'une grosse hypertension artérielle (22-11), et toute son activité intellectuelle. Il relate, dans tous ses détails, le roman persécutif rapporté par Chaslin ; il en fait remonter le début à l'année 1889, alors qu'il était cuisinier au Pavillon de la Presse, à l'Exposition. Il affirme encore avec une conviction totale que son beau-frère et sa sœur avaient « supprimé trois personnes, pour s'emparer de leur galette, à l'aide de poisons ». Puis ils voulurent se débarrasser de lui, tentant de l'empoisonner « par voie buccale, par voie épidermique, puis par le nez », à l'aide de poudres impalpables dans des journaux roulés, d'arsenic, de digitaline, surtout de belladone : il en décrit les signes qui traduisent un naïf autodidactisme médical.

Son récit permet de concevoir une évolution morbide par poussées successives ; celles de 1901, qui avait nécessité huit mois d'internement ; celle de 1907, dont Chaslin signale l'accalmie ; sans doute une poussée ultérieure coïncida-t-elle avec l'arrivée du Dr Riche dans le service en 1911, « on a essayé, raconte D..., de m'empoisonner avec du veau sauté que le gardien voulait me faire manger, je l'ai donné au chien-mouton de M. Riche, qui en est mort ». Depuis lors, D... signale des troubles viscéraux qui paraissent prolonger les idées d'empoisonnement, telle en 1927-29, « une inflammation des intestins, du péritoine ».

A Ainay, on ne constate aucun délire en activité. La conviction relative aux événements passés demeure absolue. D... « se tient sur ses gardes, mais il est trop tard, ajoute-t-il, pour qu'ils continuent ». Le 2 janvier 1934, il écrit au Procureur de la République une longue lettre, relate toute l'histoire, et termine, non sans quelque scepticisme

« en lui souhaitant une grande réussite en cette ténébreuse affaire ».

Après de si longues années de lutte, tout converge pour lui donner la paix et lui rendre le renoncement plus facile. La fiction de l'inter-nement de son beau-frère le mettait à l'abri de lui ; sa mort réelle l'en délivre définitivement. A Ainay, il sort de l'ambiance pénible des Asiles. Son comportement est tout à fait normal. Une première année, D... se repose, se contente de « prendre le bon air d'Ainay, de faire une cure d'altitude ». Il se promène et nous rapporte de jolis bouquets de fleurs des champs. Puis, soigneux, très affable, il fait des courses, des ménages ; il est sans cesse occupé.

Une seule ombre au tableau : il se trouve héritier d'immeubles ayant appartenu « aux victimes de l'assassinat ». Jamais il n'a voulu en reconnaître la propriété légitime. Cependant, à l'occasion des décrets-lois de 1935 « ses » locataires lui écrivent : il traverse quelques jours d'inquiétude, sans aucune reviviscence hallucinatoire.

De l'intéressante évolution de ce délire, nous voudrions souligner quelques « procédés » qui en ont permis la *réintégration* presque complète dans le passé normal du malade, D..., qui ne présente plus aucun phénomène hallucinatoire, retranche tout l'élément hallucinatoire de thèmes dont il maintient cependant la réalité. Du facteur auditif, rien ne persiste dans les explications récentes. Le facteur gustatif est « normalisé » grâce à des connaissances acquises : de l'arsenic et de la digitaline, « on ne sent pas la saveur », seule la belladone « a un goût aigret ». De même, il emprunte à la pathologie viscérale, les symptômes qu'il aurait ressentis si ces intoxications avaient été réelles : troubles gastro-intestinaux, dilatation pupillaire par la belladone. Certains troubles qu'il évoque se trouvent d'ailleurs en continuité avec son état réel de vieux cardio-rénal.

A côté de cette *viscéralisation* du délire, D... reporte sur l'entourage, par un mécanisme explicatif de *transfert*, toutes les défaillances psychopathologiques : si M. Chaslin l'a gardé, c'est « que ce savant médecin était affaibli... », il avait tellement écrit ». M. Riche « était un roubillard, payé ainsi que ses deux confrères, pour le séquestrer. Les infirmiers de Bicêtre avaient des crises de folie furieuse, de delirium tremens. Sa sœur et son beau-frère sont morts à Maison-Blanche », etc...

A l'abri de toutes ces défenses, D... se sent libéré du poids du délire ancien, il en parle sans malaise, il échappe enfin à l'inquiétude, il est bien, à 70 ans, un « retraité du délire ».

Séquelles hallucinatoires ; refoulement du thème délirant. — Les cas suivants présentent des formes de consolidation moins complètes, avec des séquelles hallucinatoires incontestables, mais

discrètes, plus ou moins vidées de leur contenu thématique, en face duquel le jugement demeure intact, en dépit d'un affaiblissement artério-scléreux ou sénile léger. L'intégration au milieu actuel est bonne, mais ces sujets demeurent nettement détachés du passé, dont la persistance du processus morbide les éloigne, et dont ils redoutent l'explosion nouvelle.

Obs. III. — *Psychose hallucinatoire chronique ancienne, séquelles hallucinatoires. Artériosclérose, sénilité.* « Je ne veux pas, pour des bêtises, mettre ma mémoire au service de 20 ans. »

Pierre F..., ancien instituteur, né en 1861, interné à 35 ans, en 1893. Décès par broncho-pneumonie le 30 janvier 1935.

Marié, il a eu 3 enfants : une fille, morte à 14 mois de méningite, une fille internée à 38 ans pour psychose hallucinatoire, un fils, comptable, hémiplégique à 40 ans.

Il est interné le 8 juillet 1893, pour « délire de persécution en voie de systématisation, hallucinations de l'ouïe et de l'odorat, allures menaçantes ». (Lozé). « Des putains le tourmentent, on l'accuse de choses infâmes. »

Le 9 avril 1902, il entre à la Colonie d'Ainay. Lwoff signale l'affaiblissement intellectuel, des idées de persécution confuses, il ne paraît pas halluciné « j'avais fait peut être un peu de bruit dans la commune », il soupçonne le clergé d'avoir causé ses ennuis, il invoque la fatigue générale, et comme on le pousse à préciser, il se réfugie derrière l'autorité de ses supérieurs, « s'il y a quelques difficultés », dit-il, je suis prêt à répondre devant eux ».

Le 26 janvier 1907, Bonnet le juge bien amélioré, paraissant se rendre compte qu'il a été halluciné anciennement. Sa mémoire présente des lacunes dont nous soulignons la bizarrerie : « Je suis arrivé le 21 avril 1902, je venais de Lyon ou d'Orléans, je suis parti par Nanterre. J'étais dans un asile, je ne sais lequel, j'y suis resté de 1893 à 1902 ; je ne sais pourquoi on m'y avait mis. Je ne connais rien à ces questions de clergé. Je ne puis me rappeler. J'ai entendu des voix qui suggéraient. Ce sont des courants, des cibles, des gens qui montaient sur les maisons. Je ne me rappelle pas et je n'attache pas d'importance à ces choses-là. »

Cependant, en 1908, en 1909, on note des hallucinations auditives : des bruits qui paraissent venir de la loge téléphonique, mais ne sont pas antipathiques.

Tout à fait calme, F... vit en parfaite entente avec son entourage. De 1907 à 1929, il reste 22 ans chez la même nourricière, qui trop âgée, rend alors ses pensionnaires. Sa nourricière suivante mourant en 1933, il passe chez la fille de celle-ci. Il s'intéresse à leurs enfants, suit leurs études, leur donne les quelques sous que lui rapportent de petits travaux d'horlogerie.

En 1934, F..., légèrement sénilisé, un peu ralenti, hypertendu et légèrement tremblant, se montre tout à fait intégré au milieu. Il est certainement conscient du caractère morbide de son délire, dont il ne veut plus évoquer la phase active. Il entend « le langage *actuel*, le langage courant, oui, mais ne veut plus pour des bêtises, mettre sa mémoire au service de 20 ans ; une fois que c'est passé, ajoute-t-il, on n'y pense plus ». Il présente l'arrêt de son délire comme un refoulement volontaire ; « j'ai lâché ça, ceux qui prétendraient remettre ça... », il ne veut pas reconnaître de persécution : « Si je l'avais su, je l'aurais fait cesser. » Néanmoins, il avoue : « Ça recommençait encore quand j'étais là (de 1929 à 1933), dans le grenier, il y avait des choses... », mais il *normalise* aussitôt : « le froid et l'inconfort du local ».

Parfois il soliloque, sans paraître répondre à des voix.

F... correspond avec sa femme, qui lui écrit régulièrement, mais il est paresseux, et il faut le stimuler pour qu'il réponde. Ses lettres, courtes, parfaitement correctes quant à l'écriture, à l'orthographe et au vocabulaire, témoignent de l'éloignement qui le sépare du passé avec lequel il a rompu. « Chère amie », commence-t-il ; il dit *vous* à sa femme, s'exprime en termes très généraux, remercie d'un mandat, parle du petit garçon de ses nourriciers, jamais de la vie que mène sa femme, ni de ses enfants ; il termine : « je vous embrasse ».

Ainsi le processus morbide, après la lointaine poussée initiale, s'est réduit à quelques surrections hallucinatoires, plus fréquentes peut-être qu'il ne le dit, mais à coup sûr minimes, seules ont persisté les *modalités mineures* de la *conversation pseudo-hallucinoïde*. Mais parallèlement ont persisté le détachement du passé, la vigilance avec laquelle le malade se garde de toute éventualité susceptible de rouvrir la porte au processus morbide.

L'observation suivante, calquée sur celle de F..., nous a permis de préciser les données de ce détachement du passé.

OBS. IV. — *Psychose hallucinoïde chronique ancienne, séquelles hallucinoïdes mineures. Artériosclérose. « J'aime avant tout ma tranquillité. »*

Pech... Louis, ancien encadreur, né en 1873. Premier internement de 5 mois à 40 ans en 1913 ; internement définitif à 47 ans (1920).

14 janvier 1920 : « Manifestations vésaniques caractérisées par des hallucinations et des idées de persécution, lettres adressées au commissaire de police, communiquées par Mme P..., dans lesquelles il désigne des sujets imaginaires qui lui en veulent ou lui ont fait du mal et qu'au dire de sa femme, il menace de représailles. »

Depuis 1910, nous dit sa femme, il avait la maladie de la peur, son idée fixe était qu'on allait le tuer. Il croyait qu'on le poursuivait lorsqu'il portait son travail aux clients, qu'on mettait des ficelles, des bouchons pour le faire tomber.

Le 27 septembre 1930, M. Guiraud note « psychose hallucinatoire chronique évoluant depuis longtemps. Atténuation très considérable du délire et des phénomènes hallucinatoires. Inactivité, indifférence relative, peu d'atteinte intellectuelle ».

A Ainay (4 octobre 1930), M. Ameline le classe parmi les déments vésaniques.

Placé chez une veuve âgée, P... très calme, s'alimente bien, se met à aider sa vieille nourricière, de plus en plus impotente, c'est lui qui tient la maison. Il pêche à la ligne, se remet à faire de la sculpture sur bois, paysages et panneaux décoratifs d'une certaine originalité (1). Il est tout à fait intégré au milieu.

Il n'aime pas rappeler les heures pénibles d'autrefois : « On lui faisait des misères, des blagues, une équipe qui s'était organisée en bande soi-disant, on lui disait : il est fon, il devient maboul. Cela, déclare-t-il, ne continue plus. Maintenant, il aime avant tout sa tranquillité « qu'il craint toujours de voir menacée ».

Mme P... fut effrayée de savoir son mari en liberté, elle redoutait un malheur. Elle vint le voir le 16 août 1934, et le trouva très amélioré. Mais lors de cette visite, dès le moindre bruit, le malade baissait la voix, se retournait inquiet. Avec sa femme, revenait l'atmosphère trouble d'autrefois. Il ne manifesta pas le désir de retourner avec elle, ne demanda pas de nouvelles de la famille, de sa mère. Il ne s'informa pas comment sa femme pouvait se débrouiller pour vivre. Elle fut surprise de ce qu'elle considérait comme de l'insouciance, comme des marottes...

Pourtant, P... traverse encore quelques périodes de léger trouble, pendant lesquelles il reste sombre, absorbé, ne sort guère, garde le lit. Lorsqu'il est dans sa chambre on l'entend parfois parler seul.

Les craintes de P..., ne sont donc pas illusoires et la séparation relative du monde passé répond, ici encore, aux survivances hallucinatoires.

Ces épisodes, passagers chez ce malade, se présentent chez d'autres de façon pour ainsi dire continue. Assez bien réintégrés à l'ambiance, ils demeurent sombres, peu communicatifs, souvent absorbés dans la conversation pseudo-hallucinatoire.

(1) J. Vié et Quéron : Productions artistiques des pensionnaires d'Ainay-le-Château. *Esculape*, novembre 1933.

Obs. V. — *Psychose hallucinatoire chronique ancienne. Séquelles hallucinatoires. Doutes relatifs au délire ancien. Artériosclérose. « J'ai une rancune contre ce Destin. »*

L... Eugène, ancien typographe, né en 1875, interné à 29 ans (1903) pour « dégénérescence mentale avec idées ambitieuses et de persécution. Se dit Eugène Bonaparte, et dans la famille, ajoute-t-il, existe la transmission de pensée ».

Dix ans plus tard, les idées délirantes persistent, ainsi que des craintes d'empoisonnement. « Malade sournois, dangereux, à surveiller spécialement », note Vallon (23 juin 1913).

Transféré à Niort (1913-1921), il s'y montre docile et s'occupe.

Arrivant à Ainay, le 2 mars 1921, il fait la part des idées délirantes, dont il admet l'irréalité, et des troubles de la pensée qu'il éprouve encore. « Il croyait être Bonaparte, c'est au chevet de sa mère qu'est née cette illusion. S'il en avait été sûr, il aurait porté plainte, il aurait déposé une plainte en justice. »

L'illuminisme, dit encore Eugène L..., a recommencé en 1908 et à Niort une autre fois. C'est une sorte de divination, les religieux appellent cela le démonisme. On n'a pas le démon en soi, on communique entre soi, ils répondent verbalement. Cela ne fait pas de mal, mais cela étonne. Maintenant (1921), il est encore influencé.

En juin 1934, nous pouvons mesurer le progrès accompli depuis 13 ans. L... se présente comme un homme sec, grisonnant, le faciès un peu inquiet, l'expression concentrée avec un arceau de rides médio-frontales, et le regard rendu bizarre par une lésion de chaque œil, pupille punctiforme à droite, taie cornéenne à gauche. Habituellement plongé dans un silence absolu, il consent, à voix basse, à parler plus librement de sa maladie. Bien orienté, mnésique, il évoque les années douloureuses : « J'avais 28 ans et demi, c'est des illusions, l'hallucination que j'ai eue. Ça n'a pas duré longtemps, c'est revenu plusieurs fois, ça me semblait bien une réalité. La voix me disait : tu es mon fils, c'était Badinguet, qui n'était pas Napoléon III, celui là qui ressemblait à Napoléon III. (En 1917), c'était tantôt l'un, tantôt l'autre. Rien qu'en y pensant, il me répondait verbalement, comme s'il le devinait.

Dans les commencements, c'était tantôt la voix d'homme, tantôt la voix de femme, assez fortes. J'entendais par l'oreille. Maintenant, ajoute-t-il, cela ne me fait pas la même impression. » Mais lorsqu'il évoque ce qu'il entendait à la Chapelle de Niort, il se perd dans un soliloque, à voix très basse et monotone, dans un dévidage de souvenirs dont on ne perçoit que des bribes « il y avait un Belge... elle est bien rouillée cette église... on la dérouillera... »

Si L... ne soutient plus sa filiation napoléonienne, il admet encore un thème persécutif : « Je suis faible contre une association parcellaire, des personnes qui détournent les successions, il y avait de mauvais rapports contre moi, ma sœur disait que je faisais partie d'une association de malfaiteurs... »

Mais il a renoncé au délire : « J'ai tout cela de côté, cela m'embrouillait la tête, je n'y pense plus guère, je ne les entends plus, conclut-il avec une résignation un peu farouche, mais *j'ai une rancune contre ce destin...* »

Très calme, L... est placé depuis 15 ans chez les mêmes nourriciers pour lesquels il travaille, « ça fait passer le temps » dit-il. Il a renoncé à faire de la sculpture sur bois après quelques dissentiments avec sa nourricière : « Je lui parle quand elle est de bonne humeur. » Et il reste le plus souvent taciturne.

Il ne veut plus avoir de relations avec sa sœur qui l'a laissé interné à Niort.

Physiquement « le corps vieillit ». Il a des craquements dans les genoux, des saignements hémorroïdaires, surtout une grosse hypertension artérielle (24-8).

En somme, Eugène L... est intégré au milieu, puisqu'il se place dans ses rapports avec l'ambiance sur un plan normal, néanmoins l'intégration reste moins complète que dans les cas précédents, les séquelles hallucinatoires sont plus profondes et maintiennent le malade dans un isolement moral, dernier aspect de la réticence, qui est encore un processus d'auto-protection, mais l'avait naguère fait considérer comme dangereux.

L'éloignement du délire et la condensation rétroactive. — Voici enfin un autre aspect de l'éloignement du délire avec extinction de l'élément hallucinatoire, chez un sujet de caractère tout opposé au précédent, euphorique et expansif, qui ne cherche pas à lutter contre le délire, mais qui en atténue la partie la plus invraisemblable ; il s'agit encore ici d'un thème de filiation napoléonienne. Par contre, le malade, délaissant de plus en plus cette efflorescence ultérieure, condense rétroactivement toute l'évolution morbide autour d'un accident initial, authentique, qui semble placer à l'origine du délire, un épisode confusionnel.

OBS. VI. — *Délire chronique sans doute post-confusionnel : thème de filiation et de second mariage effectué à son insu. Séquelles hallucinatoires mineures. Artériosclérose.*

D... Léger, né en 1867, ancien cocher, interné à 29 ans (1896). Les lettres adressées par D... soit au Ministre de la Justice, soit aux Députés de l'Allier donnent sur son passé des précisions invariables. Il s'est marié le 10 avril 1891, il est entré comme cocher chez M. E. B. en avril 1894 ; le 23 février 1895, il tombe du siège de sa voiture, il est hospitalisé et trépané à la Pitié. Il est congédié le 30 avril 1895 avec une indemnité. Le 19 août 1895, il devient garde-champêtre dans le Puy-de-Dôme, sa femme le quitte le 24 décembre, il démissionne de sa charge le 31 décembre. Le 16 novembre 1896, il est interné à Paris.

« Débilité mentale et accès délirant d'origine alcoolique. Prédominances d'idées de persécution, hallucinations visuelles, actes extravagants. Stigmates de dégénérescence. Traumatisme crânien en février 1895. Un juge de paix a fait courir le bruit qu'il deviendrait fou à trois époques de l'année. » (Legras).

Magnan le classe dans la dégénérescence mentale.

En 1897, D... en veut spécialement à MM. Casimir Périer et Dessaigne pour l'avoir fixé et lorgné (Bessière).

Calme, il est envoyé à la Colonie d'Ainay, le 10 février 1928, où il expose les grands traits de son délire : « il est le bâtard de Napoléon III » et la preuve fondamentale qu'il en donne « il a la maladie de la pierre ». Il porte d'ailleurs une barbe très caractéristique. « On a voulu me marier avec une fille et je l'étais déjà. Alors on m'a organisé, ils m'ont fait chez un expert. Ils ont donné 15.000 à celle qui était ma femme pour qu'elle me donne la drogue, de l'oxylys révulsif additionné de ciralys. Ça m'a occasionné le sommeil léthargique. Le 16 février 1895 je suis trépané, on m'a fait croire à un accident de cocher tombé de sur le siège, et ce n'était pas vrai. »

D... s'est bien habitué chez les nourriciers qui l'hébergent depuis 1928. Il les aide à la culture, fait leurs commissions et se promène. D'humeur joviale, il ne présente aucune attitude hallucinatoire, mais soliloque dans sa chambre. De courtes périodes confusionnelles avec vertiges nécessitent de petits séjours à l'infirmerie.

D... n'est pas hypertendu, mais ses artères sont dures, ses temporales sinueuses. La région temporale droite porte la cicatrice de la trépanation.

Le délire s'est simplifié, il est revenu aux éléments initiaux. Il n'est plus question, par exemple, de Casimir Périer. On ne peut pas non plus mettre en évidence de traces de l'apport hallucinatoire : il y a donc à la fois *rétrogradation* et *normalisation*.

D... comprend combien la filiation napoléonienne est peu soutenable, il ne l'affirme plus avec autant d'assurance. « Il y a un imbroglio pour ma naissance et je n'ai pu le mettre à jour malgré que j'eusse fait de mon mieux pour y remédier et j'ai échoué, car il m'avait été rapporté que j'étais le bâtard de Napoléon III » (1932). Il en parle au passé : « mon père Jean D... ne serait pas mon vrai père, ce sont des choses auxquelles je ne comprenais rien du tout » (1934). La maladie de la pierre elle-même s'estompe dans le lointain : « ça m'avait pris en 1888, étant dragon ; le médecin ne m'avait pas reconnu, j'en ai été guéri en 1895 ». Il conclut : « la maladie de la pierre, c'est comme si je ne l'avais jamais eue ».

Par contre, l'incident confusionnel a laissé une empreinte profonde : « il en advint une lacune, écrit-il, dont je n'ai jamais

eu le fait ». Autour de cette lacune, se groupent les thèmes irréductibles : entente des patrons avec sa femme pour le faire intoxiquer, et pendant ce sommeil, le marier avec leur fille, âgée de 16 ans, « parce qu'elle était en état de grâce et on voulait me mettre cela sur le dos ». On lui fit croire ensuite à une chute de voiture. De son côté, sa femme « faisait quelques fraudes avec un juge de paix ».

Sur ces différents points, il manifeste de vagues intentions revendicatrices : « il y a à fourrager nos diverses lois françaises en ma vie d'aventures non créée par moi », il veut divorcer *de ses deux épouses*, l'épouse réelle, et l'épouse virtuelle du mariage conclu à son insu.

II. — VIES DÉLIRANTES DANS LE MONDE RÉEL MODALITÉS D'ADAPTATION AUX DEUX AMBIANCES

Dans un second groupe de cas, le délire continue d'évoluer avec des poussées hallucinatoires discrètes et des séquelles plus importantes. L'existence de ces sujets se partage entre le monde délirant et le monde réel et pour qu'ils parviennent à se maintenir en Colonie Familiale, il faut que le délire se plie de façon assez adéquate aux cadres sociaux. Cette adaptation à la double ambiance comporte des modalités de conciliation qui varient avec le caractère du sujet et la nature des thèmes délirants, ce qui élimine d'emblée les thèmes persécutifs en activité. Seuls réussissent des délires qui ne se fixent pas à l'entourage actuel, ou des thèmes altruistes dans la mesure où ils n'éveillent pas de tendances propagandistes excessives.

Domination et socialisation du délire. — Voici deux cas, bien intégrés au milieu, dans lesquels l'intelligence est demeurée absolument intacte.

OBS. VII. — *Psychose hallucinatoire chronique, thèmes anciens de persécution. Persistance d'épisodes hallucinatoires et dépressifs. Domination et socialisation d'un délire mystique de grandeur. Évangélisme musical. Intégration complète au milieu.*

P... Jacob, professeur de violon, né en 1860, après plusieurs séjours en maison de santé est interné définitivement à 52 ans (1912).

Violoniste de valeur, il a été premier violon et chef d'orchestre dans divers établissements parisiens. Marié, il a 4 enfants.

Le délire aurait commencé vers l'âge de 32 ans.

Internement le 5 août 1912 : « Délire de persécution. Chronicité. Hallucinations au moins épisodiques, on le traite de « ballot », de

« tapette », etc..., gestes symboliques et regards ironiques, rassemblements hostiles sous ses fenêtres. Probabilité d'appoint éthylique au moins récent. Cauchemars, apparence d'anxiété nocturne fréquente. Divagation et propos anxieux dans la rue à 4 heures du matin... » (De Clérambault).

Il passe successivement à Ste-Anne, à Bicêtre, à St-Maurice (1913), à Bicêtre (1919), à Villejuif (1922). Pactet note alors la persistance du délire, avec hallucinations et interprétations : illusions, fausses reconnaissances, ses frères et sœurs auraient été volés à leur naissance, il les aurait retrouvés sous les traits de lutteurs et de comédiens, on veut lui faire croire que ses enfants étaient morts-nés. Il a été victime d'un attentat, mais ne croit pas avoir d'autres ennemis que l'administration.

Il s'irrite facilement, s'excite par intervalles. Il témoigne de facultés brillantes, mais d'un déséquilibre foncier, orgueilleux, instable, facile à duper, bien qu'observateur et caustique, sensible à la louange et plein d'entrain dès qu'on parle de musique.

Le 27 septembre 1930, M. Guiraud l'envoie à Ainay : « psychose hallucinatoire chronique, délire actuellement peu actif, rares périodes hallucinatoires. »

M. Ameline le classe au nombre des déments vésaniques.

Peu abordable à son arrivée, assez hautain, sur la défensive, très réticent sur son histoire et son délire, P... n'est accessible qu'aux éloges mérités par son talent de violoniste, et c'est sa valeur musicale qui va ouvrir pour lui à 70 ans une période de vie sociale active. Placé dans un village éloigné, il réussit à y donner des leçons. En 1932, nous le faisons venir à Ainay. Sa réputation et sa clientèle s'étendent. Parfaitement intégré au milieu, il s'y révèle ce qu'il n'a jamais cessé d'être, artiste et homme du monde, un peu bohème, toujours plein d'entrain et de jovialité. Pour ses petits élèves, il compose une méthode personnelle de violon ; il organise la partie musicale d'une société féminine locale ; il joue à l'église pour les fêtes ; on le demande pour accompagner les bals ; il compose une partition pour des scènes lyriques qu'écrit une poétesse de l'Allier. Absolument ouvert et confiant il se fait de véritables amitiés en ville, et lui qui n'acceptait au début aucun contact avec la colonie, consent enfin en juillet 1933 à participer aux concerts qu'y donne notre petit groupe musical. Jamais il n'a cessé de correspondre avec son frère, dont il reçoit avec plaisir les visites, mais il le croit riche et se demande pourquoi il s'obstine à dissimuler sa fortune.

M. P..., entretient donc avec toute l'ambiance et même avec des témoins de son passé, des relations d'apparence tout à fait normales.

Néanmoins, plus nous le connaissions — et pendant cinq ans, nous l'avons observé journallement, sans contrainte, comme un

ami qu'il est toujours resté — plus nous avons acquis la certitude que jamais il n'a cessé d'être un grand délirant, beaucoup plus systématisé que ne l'indiquait aucun des observateurs d'autrefois.

Dans des moments de fatigue, après quelques excès de table, il lui arrivait d'émettre des propos nettement délirants qu'il atténuait, dans la conversation habituelle en les masquant d'un ton très enjoué de plaisanterie bordelaise et de demi-scepticisme, suggérant le délire sans jamais l'affirmer. « Jésus-Christ n'était-il pas en réalité né à Bordeaux, dans la maison où lui-même naquit ? Ce jour-là, un chapelet était tombé du toit, juste devant la porte », ce qu'il ponctuait, avec un gros rire, d'un : « c'est drôle, n'est-ce pas ? ». Un jour qu'il s'était endormi dans l'église d'un village voisin, le curé lui en fit reproche ; M. P... se redressa vivement « ici je suis chez moi, dit-il avec quelque courroux, plus que vous ne l'êtes ; ne savez-vous donc pas qui je suis ? »

Il aime à répéter la parole du Christ « Laissez venir à moi les petits enfants » et levant les yeux vers son interlocuteur il ajoute « Eh bien, n'est-ce pas ? » C'est en effet pour cela qu'il se consacre avec un dévouement et une patience sans limites à l'enseignement musical des enfants...

M. P... a certainement cru à son immortalité, et peut-être aux approches de la vieillesse, conçoit-il quelques doutes. Lorsqu'il évoque ses anciens amis, musiciens du siècle passé, il demande « et celui-là vit-il encore ?... non, il est mort aussi ?... mais qu'ont-ils donc tous à mourir, on n'est donc pas bien sur terre ?... il n'y a plus que moi qui reste ? » et il rappelle qu'autrefois, lors des évacuations successives d'asile en asile, de Charenton, de Bicêtre..., il était là aussi toujours le dernier à partir...

La partie persécutive du délire est refoulée avec énergie. M. P..., ne fait que de rares allusions aux épisodes obscènes dont il fut victime. Mais il a conservé une réserve pudique vraiment surprenante, hésitant même à se déshabiller pour l'auscultation. « Il sert à l'administration plus qu'elle ne lui a servi », dit-il seulement parfois, et alors dans ses yeux passent, fugitives, des lueurs d'indignation profonde.

Enfin, il défend avec une ardeur farouche son indépendance. Longtemps il a écarté tout ce qui pouvait le rattacher à la Colonie, il n'en porte pas les effets, il accommode à son idée les aliments que lui destine sa nourricière, il exige surtout que celle-ci lui laisse faire dans sa chambre ce qu'il veut, qu'elle le laisse seul le plus souvent. Il redoute une surveillance occulte, et un jour que la nourricière, excellente femme, mais trop soucieuse

d'ordre, lui avait fait une petite remontrance, ce fut une scène épique, et nous vîmes arriver notre ami, vers 10 heures du soir, les yeux exorbités, les sourcils en bataille, en proie à une colère violente. Nous avons compris ce soir-là comment autrefois, dans les Asiles, cet homme à la belle stature, que maintenant courbe l'âge, avait pu, lors des emportements hallucinatoires, tenir tête à toute une équipe d'infirmiers.

La maladie, d'ailleurs, n'est pas complètement éteinte. M. P... a présenté en septembre 1933, et surtout en avril 1935 deux périodes hallucinatoires d'une quinzaine de jours pendant lesquelles il se calfeutrait dans sa chambre, se disant grippé, refusant qu'on s'occupe de lui, il paraissait absorbé et lointain, parfois soliloquait. D'août à décembre 1936, une période de dépression, profonde à certains jours, avait supprimé toute son activité sociale, qui depuis lors n'a pas repris une extension comparable à celle des années précédentes. D'ailleurs au point de vue physique, une hypertension artérielle moyenne (20-10) quelques légers malaises (vertiges, étourdissements, céphalées, hypoacousie, tremblement léger), marquaient à 75 ans passés, une sénescence pour ainsi dire normale.

Chez cet homme intelligent et cultivé semble s'être développée, d'une façon consciente et volontaire, la *domination* d'un délire dont le thème mystique privilégié pouvait se transposer et en partie *se réaliser sur le plan social*. M. P... a vécu, pendant six ans, un *apostolat de musique et de bonté*, qui permettait la soudure entre le monde de la réalité et celui du délire. La partie persécutive du délire demeurait refoulée dans un passé lointain, qui ne revivait que lors des poussées hallucinatoires. L'isolement farouchement défendu constitue une soupape de sûreté, une détente indispensable à l'effort de la journée. La *boutade* spirituelle et mordante, les *théories* cosmogoniques de la musique, le naturisme antisérothérapique, la zoophilie, etc... constituent les procédés d'équilibration de cette vie héroïque.

C'est une autre existence héroïque et mystique que celle de l'ancien comptable, hébraïisant distingué, présenté par Vallon et Aug. Marie, au Congrès de Nancy, 1896, mais elle réalise une formule tout à fait différente. Complètement intégré à la vie réelle, ce malade, dont l'intelligence à 70 ans demeure intacte, n'a jamais cessé d'être le spectateur et le théâtre d'une lutte hallucinatoire grandiose. Il est également adapté aux deux vies, dont il fait le départ avec exactitude. Il n'en dissimule pas la face délirante.

OBS. VIII. — *Psychose hallucinatoire chronique. Thèmes mégalo-mystiques. Manichéisme délirant. Persistance des phénomènes hallucinatoires. Intégration complète à la vie réelle. Soumission aux nécessités du délire « Elles ont anéanti ma volonté ».*

L. Léopold, né en 1862, ancien comptable, interné à 52 ans (1894). De caractère peu sociable, il se trouve en 1888 mis à pied de son emploi et se tire un coup de revolver. Puis ce sont des pérégrinations de bureau en bureau et la maladie éclate. D'emblée elle se manifeste sous forme mystique, avec des hallucinations auditives, des illusions et des interprétations. Aux idées de persécution s'opposent des idées de défense. Rothschild, la duchesse d'Uzès, le grand Rabbín le protègent. Deux esprits ne quittent pas ses oreilles, l'un à droite, et l'autre à gauche. A partir de 1892, des esprits lui apparaissent, tantôt il voit qu'on le sacrifie, tantôt il s'agit de visions consolantes, d'abord très courtes, immobiles et muettes auxquelles il assiste les yeux fermés, dans une sorte d'extase. Puis les visions s'amplifient et deviennent durables. Dieu, les démons se pressent devant lui : « Il est trop long de donner des détails de leurs malices et des maléfices qu'ils emploient pour la tentation » (1896).

L. reste en prières, fait de continuelles genuflexions, ne se nourrit que d'aliments végétaux, parfois accepte au plus du lait et des œufs. Dès 1902, A. Marie le signale très calme, très doux et serviable. Il l'envoie à Ainay le 30 janvier 1903.

Dès son arrivée, L. travaille au bureau de la Colonie. Il en quitte au début de 1914, après des discussions avec un Surveillant au sujet de l'existence de Dieu. Mais survient la guerre : L. remplit pendant ces quatre années les fonctions d'employé d'Econamat, ne les interrompant qu'aux jours de fêtes religieuses, israélites et catholiques.

Il est complètement intégré à l'entourage, ouvert et avenant. Depuis 1903, il habitait chez la même nourricière, qui meurt en 1931, il passe alors dans un autre placement qu'il n'a pas quitté. Par contre, il conserve une vie personnelle très active, correspond régulièrement avec sa famille, maintenant clairsemée, se tient très au courant des événements du jour, continue à lire les journaux quotidiens et les organes israélites. Il comprend l'hébreu, l'allemand. Il observe toujours les jeûnes de sa religion première, mais fréquente aussi les cérémonies de l'église catholique. Il pratique une sorte de religion synthétique qui répond à ses conceptions délirantes. Car il est demeuré, à 70 ans, un grand délirant systématisé. Presque toute la journée, il écrit dans sa chambre, le récit de la lutte des esprits bons et mauvais qui se déroule en lui et sous ses yeux. Le facteur visuel conserve une importance considérable. Ce sont des visions panoramiques d'armées célestes et démoniaques qui traversent la pièce en troupes denses, colorées, bruyantes. Tous ces êtres sont aussi substantiels que nous-mêmes. Mais ils peuvent traverser notre matière à la façon des rayons X. Parfois L. ne peut retenir des injures, que les esprits du mal le contraignent à proférer contre son gré.

Avec son aspect grave, sa voix posée, sa barbe blanche, sa tenue correcte, L... fait songer à quelque vieux et digne rabbin. Il a un peu grossi ; des varices volumineuses, une hernie gênent la marche, mais il ne se laisse pas examiner. Ce sont là, dit-il, des maladies surnaturelles, non accessibles aux traitements médicaux.

P... et L... représentent des modes opposés de conciliation du délire avec la vie normale. P... domine, contient et adapte son délire, mais en somme son comportement, bien que normal aux yeux du monde, ne cesse jamais d'être délirant, le délire est *socialisé* parce que son thème est essentiellement social ; jamais la forte personnalité du malade, tant comme musicien que comme Messie ne cesse d'y être active. L..., au contraire, partage sa vie en deux domaines bien distincts : comptable à l'économet, il est, en tant que comptable, normal dans son entier, et les visions qu'il perçoit n'ont aucune interférence avec la bonne marche de ses calculs, pas plus que le percepteur d'Ainay n'est gêné, grâce à l'habitude, par son poste de T.S.F. qu'il laisse fonctionner à côté de lui. Dans le délire, L... ne joue d'ailleurs qu'un rôle passif : il est le lieu d'un combat qu'il subit avec joie lorsque la cause de Dieu triomphe, avec peine lorsque Satan a le dessus. Il y participe beaucoup moins de sa personne qu'autrefois. Assis à sa table de travail comme à une terrasse ouverte sur l'infini, il marque les points, en un récit plutôt monotone, des luttes et des injures qui déchirent les éternels adversaires.

Avec l'âge, P... doute de son immortalité ; L... a le sentiment que la fin du combat s'approche. La conclusion de ces épopées ne surviendra, pensons-nous, qu'avec la mort des protagonistes.

Vies délirantes réduites dans le monde réel. — D'autres sujets aux capacités intellectuelles moins riches, ou plus profondément atteintes par la maladie, rompent complètement avec le passé, après la grande épreuve. Ils ne récupèrent plus leur personnalité antérieure, ils sont autres qu'avant, séparés à jamais du monde extérieur. S'ils gardent vis-à-vis de lui des comportements fondamentaux assez corrects, ils ne s'y intègrent pas, ils l'identifient autre qu'il n'est pour nous, *ils s'y insèrent sans s'y fondre*. Ainsi, en dépit des « formes » que les malades empruntent au réel, le contenu de leur vie relève du délire, alors même qu'ils luttent contre lui.

OBS. IX. — *Psychose hallucinatoire chronique sur fond de dégénérescence. Séquelles notables hallucinatoires. Réinsertion partielle, transformation totale de l'ambiance. Lutte impuissante contre le délire :*

« Je me consigne, je le chasse ». Travail forcené. Hypertension énorme.

Lem. Louis, né en 1882, interné à 27 ans en 1909.

Fils d'alcoolique, frère alcoolique. Mère déséquilibrée. Interné le 8 janvier 1909, Magnan le définit « dégénérescence mentale avec hallucinations, dépression mélancolique, scrupules, idées de culpabilité et de persécution, excitation et violence par intervalles ».

En novembre 1919, Jaquelier note « affaiblissement intellectuel, inertie, indifférence, incapable de s'occuper ».

A Montauban, le 5 février 1922, il ignore le lieu, la date du jour et celle de sa naissance.

Il arrive à Ainay le 17 juin 1925, la voix éteinte, avec des tics de la face, il se tient la tête, fait craquer ses mâchoires. Il donne quelques dates de sa vie : « Il a fait trois ans de service en République. Le château (de Montauban) n'est plus la République », ajoute-t-il.

L'acclimatation est laborieuse, elle dure trois ans pendant lesquels il reste oisif et mal orienté. En 1928, il fait trois fugues, veut à toute force changer de placement.

On le met chez un fermier d'Ainay le 5 novembre 1928, il a trouvé sa voie et n'en bouge plus. Depuis lors, L., de sa pleine volonté, de 5 heures du matin à 8 heures du soir, accomplit un travail forcené, soignant « ses bêtes », cultivant « ses champs », sans d'ailleurs demander aucun avis ni rendre aucun compte au nourricier ; mais tout est bien fait, en temps voulu.

Très calme, mais farouchement indépendant, il parle très peu à l'entourage, soliloque souvent, ne fréquente ni la colonie ni ses camarades, il nous évite, il refuse de recevoir sa mère qui d'ailleurs, lors de ses visites annuelles, essaie de lui extorquer ses économies.

Le 16 mai 1934, L... consent à se laisser examiner. De taille moyenne, il est bien musclé mais ses artères sont dures, sa tension artérielle énorme, 27-14. Au cœur on perçoit un bruit de galop et un petit souffle à l'orifice mitral. Ce n'est pas un débile. Il lit et écrit couramment, son niveau intellectuel paraît moyen. L'orientation est approximative. Il connaît le nom du pays, celui du nourricier, l'appréciation des phases antérieures est tout à fait inexacte.

Auparavant, c'était la première vie de L..., « j'étais encore civil, je travaillais dans la mécanique, je redressais des pièces métalliques ». Puis, l'épisode pathologique réduit à un malaise, un incident, une idée délirante, mais qui comporte la *modification totale de l'ambiance* : « la ville était changée, c'était plus comme à l'ordinaire, j'étais malade, j'étais pas bien. J'ai été porter une nouvelle à Mademoiselle Marie, c'était la personne chez qui je logeais, il était 9 heures 1/2 du matin, elle a été cher-

cher les agents : j'avais reçu une lettre de l'Autriche que j'avais gagné à la loterie des couronnes autrichiennes, 250.000 fr. Elle m'a fait arrêter par les agents ».

Non seulement le monde était changé, mais le malade lui-même est tombé dans l'incertitude sur son identité, ses origines; il fait remonter ses doutes jusqu'avant sa naissance, en 1881 : « Quand je me suis connu, 98 cm. environ, j'étais éteint, je dormais..., avant d'arriver en gare du Mans il y avait une dame et un monsieur qui portaient le nom de M..., c'est au régiment qu'on m'a appelé Le M..., je n'ai jamais su d'où je sortais, je ne connais rien de plus. »

Il a été victime d'un « tour » qu'il rapporte à cet *unanimité* *déliquant* des asiles, que nous étudierons dans un prochain travail : « Je n'ai jamais su cela, dit-il, que quand on m'a mis dans des châteaux, qu'on m'a interné dans des asiles..., *ça nous* le dit les esprits ; c'est un tour qu'on m'a joué, qu'on *nous* a dit. Quelquefois, *on nous* dit : c'est un tour qu'on vous a joué ; c'est un tour qu'on *nous* joue. »

L... présente encore des hallucinations auditives et surtout psycho-motrices. Il les subit comme des phénomènes parasites qu'il *normalise* en les rapportant à des mécanismes physiques. « Quand on est gêné dans le travail, c'est comme des mots, toutes sortes de choses. » Contre eux il s'insurge : « Oh, je me consigne, je les chasse, *ça* vous agace comme un phonographe, *ça* me prend, *ça* me paraît comme *ça*, je ne sais pas ce que cela veut dire. »

L'automatisme psycho-moteur est intimement intriqué aux phénomènes auditifs. Tel ce tic de craquement des mâchoires : « J'ai les mâchoires un peu détraquées, c'est trop ouvert, j'ai toujours eu *ça*, quelquefois *ça me tire trop, ça me fait dire des mots, ça m'apparaît, ça me blesse, ça me tape* (il fait craquer sa mâchoire avec ses mains, comme pour une démonstration), toutes sortes de choses (craquement spontané). C'est comme un phonographe, je tâche de le faire taire, je me dérange, je fais des dérangements. »

Et il travaille inlassablement : « *ça* passe le temps », dit-il. Certes, ce n'est ni pour rendre service au nourricier, qui ne l'oblige à rien, ni pour gagner les 25 fr. par mois que celui-ci lui donne et qu'il n'utilise pas. Mais dans l'incertitude où il se trouve de lui-même et de l'ambiance, le travail est un refuge à l'abri duquel il se reconstitue dans une certaine mesure les éléments qui lui ont fait défaut. Sur cette vie nouvelle, la folie n'a pas prise, et malgré son indéterminisme, elle figure encore un moyen de défense de la personnalité.

Si L... s'est raidi, avec un succès médiocre, dans sa lutte contre le délire, voici un autre malade qui, tout en s'insérant bien dans la vie réelle, avec des séquelles hallucinatoires peu importantes, s'est cependant abandonné largement à la virtualité. Il conserve encore une vie pragmatique que ralentit à peine son âge de 85 ans, et pourtant il conserve des doutes sur sa personnalité, des thèmes peu systématisés qu'il abrite derrière une indépendance résolue ; jamais nous n'avons pu le soumettre à un examen méthodique, et il n'a consenti qu'au bout de plusieurs années à nous livrer, au hasard des rencontres, quelques-uns de ses secrets.

Obs. X. — *Psychose hallucinatoire chronique sur fond de dégénérescence. Séquelles hallucinatoires mineures. Thèmes mégalomaniques anciens. « J'attends la reconnaissance de mes grandeurs, ce sont des histoires du temps passé. »* *Labeur normal et vie militaire délirante. Sénescence normale.*

M., dit « Mon Toine », né en 1852, interné à 36 ans en 1888.

A l'en croire, il aurait fait en 1882 un séjour de 5 mois à Ste-Anne. Le 10 octobre 1888 il y rentre pour « dégénérescence mentale, hérédité très chargée, délire polymorphe, alternatives d'excitation et de dépression, diminution des sentiments affectifs, disposition à la violence ». Bientôt il travaille au jardin puis à la cordonnerie. En 1902, Vigouroux note « affaiblissement intellectuel avec indifférence et apathie, il ne s'excite plus depuis de longues années et il ne manifeste plus d'idées de persécution ».

A Ainay (11 avril 1902), Lwoff le range au nombre des déments vésaniques. M. expose tout son *thème de vie militaire* sur lequel se basent ses idées de noblesse : « Je suis à l'asile depuis longtemps, j'ai cru que j'avais été retenu pour la mobilisation pendant 15 ans. Tous ceux qui entrent dans leurs ayant-droit sont retenus pour 15 ans, tous ceux qui ont obtenu 70 points pour leur tir s'appelleraient *de*, pour supprimer les ayant-droit du seigneur. Alors, si on s'en occupe à l'asile, je m'appellerai : de M. ».

Le 11 novembre 1904, ses 15 ans d'internement révolus, il s'inquiète devant le changement de vie possible, « j'ai cru être mobilisé pour 15 ans de service. J'aurais cru pouvoir avoir ma liberté. J'attends une deuxième conscription, j'y ai droit en cas de mobilisation. Je serais alors obligé d'abandonner mon passé et d'entrer dans une phase nouvelle ». Le 15 mars 1907, il va au chef-lieu de canton se faire inscrire en vue du conseil de révision, il se dit de la nouvelle classe ; le brigadier de gendarmerie le persuade que ses pièces ne sont pas encore parvenues. En 1909, il attend encore le tirage au sort ; c'est alors qu'il songe à en améliorer les méthodes en confectionnant de petits barillets de bois, taillés au couteau, formés de deux pièces emboîtées : ce fut un travail vraiment stupéfiant, car il a pu nous en

montrer une pleine malle et nous en indiquer le nombre précis : 2.814.

Tout cela ne l'empêche pas dès son arrivée de travailler à la culture avec les gens du pays. Il se met en relation avec un pharmacien local pour lequel il récolte la gomme des pêcheurs. Mais pour se livrer à ce fructueux trafic, il pénètre dans les vergers, chaparde fruits et légumes, d'où plaintes des propriétaires...

En novembre 1913, Pochon, fidèle à la doctrine première de Deny, le définit : « Dément précoce avec idées absurdes et souvent incohérentes de grandeur et de persécution, s'oriente très bien et se rend bien compte des choses pratiques de l'existence. »

Tel nous apparaît en effet — nosologie à part — le vieux Mon Toine, à 80 ans passés. C'est une figure vénérable avec sa barbe blanche, ses gros sourcils, ses vêtements constellés de pièces qu'il a cousues lui-même avec de la ficelle, car il n'a pas voulu changer de complet depuis 30 ans. Sa chambre renferme un matériel invraisemblable, des rideaux vétustes, des malles, des valises, des fagots, et personne en dehors de lui n'y peut mettre d'ordre. Il fait lui-même son ménage et l'entretien de son linge.

Il nous décrit sa conception militaire de la vie. « Nous sommes tous militaires, nous devons toujours faire 5 ans, il y a tellement de questions que je ne peux pas les finir. Je dois faire 28 ans d'active ». Chose curieuse, la guerre n'a été pour cet engagé perpétuel, qu'un événement banal, « un rappel des réserves antérieures et de ceux qui n'avaient pas pris part à leur service ; ce sont des déportations qu'ils ouvrent pour les possessions de ceux qui ont pu l'avoir ».

Sur son identité, il n'a que des notions incertaines « J'attends les écrits pour la reconnaissance des actes pour obtenir mes grandeurs. En réalité, je m'appelle : de M..., un *de* et un dicton... c'est un titre qui me vient de Chandon (château des environs). C'était pas mon père, c'était un monsieur qui avait 276 ou 278 ans. Mon vrai père doit être charcutier ». Il a trois enfants, mais ne les reconnaît pas pour siens, « le premier il est Herrgott, le deuxième est adhoc, le troisième est inconnu, je n'étais pas présent, on a changé l'enfant ».

Ayant ainsi parlé *Mon Toine* ajoute, en manière d'excuse : « j'ai bavardé ceci, cela... C'est des histoires du temps passé ». Et il retourne à sa vie pratique : à 85 ans, il roule les brouettes de linge, bricole chez les habitants. Ce bohème est un avare d'une stricte économie, et non sans fierté, il a extrait, un jour de confiance, d'un poche secrète aux épaisseurs multiples, huit

bons de la défense nationale et plusieurs billets de mille francs soigneusement enveloppés...

Tandis que « Mon Toine » partage librement sa vie entre l'appât du gain et le délire, que L... trouvait dans un labeur acharné le dérivatif à l'emprise hallucinatoire, la part de l'automatisme psychomoteur est dans le cas suivant, bien plus considérable et le rapproche de ces séquelles graves des délires d'influence que nous avons présentées avec Villemeze à la Société Médico-Psychologique le 10 mars 1938.

Obs. XI. — *Psychose hallucinatoire chronique à type de délire d'influence sur fond de débilité mentale. Soumission à l'automatisme psychomoteur. Insertion suffisante. Abandon complet du passé. Hypertension artérielle considérable.*

M. Claude, né en 1864, ancien serrurier, interné, semble-t-il, à 34 ans, en 1898. « Lypémanie en voie de démence, gestes bizarres, s'arrête tout à coup quand il marche, puis repart en courant. Il se figure que des chats viennent lui mordre les mollets et fait le simulacre de les chasser bruyamment. S'occupe, mais son travail est peu apprécié. »

A Dijon, le 18 juillet 1899, Samuel Garnier note « lypémanie avec idées vagues de persécution et incohérence des idées, on l'empêche de respirer, on lui ôte ses forces ».

Claude arrive à Ainay le 5 juillet 1905, s'occupe irrégulièrement à la serrurerie de la colonie, à quelques commissions, à de menus travaux de la campagne. Il traverse des périodes d'hallucinations auditives 1905 (on l'appelle dans le Jura, son pays), de dépression avec gâtisme partiel 1909, d'excitation surtout nocturne, se levant, soliloquant la nuit.

Mais surtout, il se fait remarquer par son *comportement dans la rue*. D'aspect placide et souriant, il s'avance presque au milieu de la voie et tout à coup s'arrête, gesticule, se met à marcher à reculons, s'arrête puis reprend sa marche en avant, un peu plus loin recommence tout ce manège, parfois, brusquement, il s'arrête bien que survienne une voiture qui est obligée de le contourner ou même de stopper si la rue est étroite. Ces faits sont signalés dès 1908, et nous avons pu les constater nous-même, journallement, pendant cinq ans.

La parole précipitée, Claude répond volontiers à nos questions. S'il avance et recule, s'arrête devant les voitures, « c'est que cela m'est commandé, quelquefois cela me défend de passer à une place ou à l'autre. Je m'arrête devant les voitures. On fait ça pour commencer. Des fois je vais en arrière d'abord ».

L'inhibition aurait été autrefois beaucoup plus forte. « Dans

le temps, j'étais tout le temps fourré dans les bouchures (les haies). La route n'était pas à moi. Il aurait pas fallu que je m'avise d'aller au milieu de la route, ça aurait été un mauvais début ». Aujourd'hui encore Claude est plus à l'aise dans les petits chemins éloignés « ça, dit-il, c'est mon climat ».

De tous ces troubles psycho-moteurs, il fournit une explication abstraite, une véritable conception métaphysique de la soumission, fin en soi : « nous sommes soumis aux lois de l'obéissance. La prévoyance qui nous communique ça. Nous sommes pas les maîtres sur la terre. C'est l'inertie qui fait ça, on s'arrête des fois sans le vouloir, des coups de chançardise ». S'il n'obéissait pas « il y aurait une avarie, on tomberait dans le labyrinthe » et il ajoute avec un sourire désabusé « le labyrinthe, c'est pas le chemin de l'espoir ».

Claude M. est suffisamment inséré dans l'ambiance. Il connaît la date, tout en formulant une réserve, « je crois, toujours », le nom du pays et celui du nourricier, ajoutant « d'après ce qu'il dit, c'est le garde-champêtre ». Depuis 12 ans qu'il habite chez le garde, il se croit un peu garde aussi, « je suis le garde-champêtre, je suis assuré. Des fois que je l'arrêteraï aussi, D., quand il marche trop vite ».

Il a rompu avec le passé, ne veut plus savoir s'il était marié (« je crois que oui, je ne me rappelle pas ») ni pourquoi il fut interné « fallait que j'aie un parcours quelconque, un autre emploi ». Il ignore l'année de son arrivée à Ainay, mais « c'était un 4 juillet, il y a 28 ans au moins ». Il se rattache volontiers à la communauté de la colonie, « je suis maintenant un des plus vieux de la colonie ; je suis content d'y être car j'y suis bien habitué ».

Jamais il n'a fait que de petits travaux très simples pour les habitants de son quartier. Jamais il n'a utilisé les sous qu'on lui donnait en récompense et il s'est toujours opposé à ce qu'on change les billets de 20 francs et les pièces actuellement démonétisées qui gonflent plusieurs petits sacs de toile.

Chez ce malade il faut faire la part de la méconnaissance systématique, de la débilité mentale, — il annonce de façon rudimentaire, ne peut comprendre un texte, écrit à peine, — et aussi de l'affaiblissement artério-scléreux : sa tension artérielle est énorme (28-11, indice II, le 4 juin 1934), son cœur hypertrophié.

L'intérêt, dans son cas, réside en cette soumission aveugle à un automatisme qui ne laisse à l'activité appliquée qu'une marge bien minime et celle-ci, de même que l'activité délirante, s'applique également sans but. Le délire est réduit au jeu des inhibitions et des impulsions ; toujours pauvre, il est devenu anidéique. *La métaphysique de l'inertie apparaît comme une*

normalisation de la perplexité. Dans le domaine du réel, le corollaire du travail, la rémunération minimale que le malade accepte, aboutit à une thésaurisation stérile, qui est encore *une fin en soi*. Le travail comme le délire ne sont plus que des cadres, maintenant vides de tout contenu.

III. — VIES DÉLIRANTES DANS UN MONDE NÉOFORMÉ HOMOLOGATION DES DEUX VIES. PRIMAT DU DÉLIRE

Déjà les deux observations précédentes, celle de l'éternel engagé « Mon Toine », et celle de Claude M..., soumis à l'inertie, impliquaient une conception délirante de l'univers. Mais ces malades se montraient encore assez insérés dans le monde réel pour en conserver les désignations communes et pour y mener une existence assez adéquate à l'ambiance.

Maintenant, dans une dernière catégorie, le délire va dominer tout le comportement des sujets, qui ne sont plus ni intégrés, ni même insérés dans le réel. Ils ne perçoivent plus l'ambiance qu'en fonction du délire. Ils s'orientent à partir de critères qui leur appartiennent en propre, dans un monde qui n'est plus le même que pour nous. Ils dénomment autrement que nous les localités où ils vivent, les personnes qui les entourent leur sont connues pour autres qu'elles ne nous apparaissent, leurs actions ne sont plus régies par les lois normales de la vie, leur langage est néologique. *Le réel ne forme plus pour eux qu'un cadre que peuple le virtuel du délire.* Ces malades ne font plus la part de l'un et de l'autre. Il y a homologation totale des deux séries, l'adaptation du malade demeure purement artificielle.

Les tableaux cliniques ne présentent plus aucun effort de rééquilibration ni de lutte, les malades ne normalisent pas, ils se sont abandonnés entiers à la psychose.

Obs. XII. — *Psychose hallucinatoire chronique chez un débile. Thèmes de grandeur et de persécution, démonopathie interne. Séquelles pseudo-hallucinatoires.* « *C'est l'esprit qui gouverne.* » Artério-sclérose, sénilité.

Félix All..., né en 1854, charbonnier et sabotier dans le Cantal, puis frotteur de parquets à Paris, est interné vers 1867, il a passé 8 ans à l'asile de Villejuif, 15 ans à celui de Tours, d'où M. Guiraud l'envoie à la Colonie d'Ainay-le-Château (débilité mentale avec idées vagues de persécution).

Lors de l'arrivée à Ainay, le 4 octobre 1910, il ne se rappelle pas pourquoi il a été interné : « Les esprits, dit-il, étaient à se convoiter les gens, les uns pour un parti, les autres pour un autre, c'est ce qui fait qu'on est malade. »

Il présente encore des hallucinations multiples, surtout auditives, contre lesquelles il ne paraît pas réagir : il entend « un parti dans l'oreille droite, et l'autre dans l'oreille gauche ».

Très calme et docile, riant souvent, Félix bricole un peu au jardinage et au ménage, bientôt il passe ses journées dans les rues du bourg où il surveille tout le monde. Depuis 20 ans, il croit faire la police, assiste à l'entrée et à la sortie des ouvriers de la scierie, surveille les allées et venues à l'église, les abords de la colonie les jours de la paye des nourriciers. Pendant la guerre, il se croyait l'empereur Guillaume et assurait en cette qualité l'ordre d'Ainay, d'où le surnom du « père Guillaume » qui lui est resté.

Petit homme chétif, un peu sourd, voyant mal, fortement hypertendu (23-8 au Pachon), arhythmique, vieilli, marchant à petits pas, il est renversé le 3 décembre 1932 par une automobile et subit des contusions multiples. A la suite de son séjour à l'infirmerie, il parle plus volontiers. Il continue de porter un large ruban rouge à son petit chapeau et des parements à liseré tricolore à sa veste, la canne à la main, il répond lentement aux questions qu'on lui pose.

« Il y a 47 ans, dit-il, que je suis dans les hospices... C'est qu'on m'a enfermé ; je suis devenu fou comme les autres, maintenant je suis guéri. J'appartiens à la police secrète, j'ai fait le gardien toute ma vie, il faut bien quelqu'un pour maintenir la police... C'est l'esprit qui gouverne. « La police m'a dit : viens donc avec nous, on choisit tous les plus bons et puis les plus faibles. »

Félix All... qui parle souvent seul est toujours halluciné : « Je les entends, mais je ne les écoute pas tous. On en entend de toutes les espèces, il y en a qui ne sont pas bons. » Il montre sa tête : « Le diable est là dedans », dit-il. Néanmoins, il se reconnaît comme un saint : « Est-ce qu'un saint a besoin d'aller à l'église ? »

L'orientation est relative et guidée par des critères délirants. Dans le temps, minimale et concrète : « Samedi, je ne sais pas quelle date. » Il connaît le département : les départements de la France sont tous numérotés, le département de l'Allier est du 2^e degré, celui du Cantal, du 7^e. « Quand les esprits sont mauvais, on les envoie là-bas pour travailler. » Il ne peut retrouver le nom de son nourricier, « c'est qu'ils m'empêchent de parler », explique-t-il. De ses camarades de placement, il ne connaît que le prénom, mais il les gratifie de titres et d'actes délirants : Albert, il était commissaire de police à Montluçon ; André, il était Directeur, il a été obligé de tuer sa mère, de l'empoisonner.

Il sait à peine lire et écrire : « J'étais le premier pour l'écriture et l'orthographe, mais mes mains sont devenues dures à force de travailler. » Il n'a aucun souci d'argent : « Je n'en ai pas besoin. »

Félix vit ainsi dans un monde imaginaire avec d'autant plus de facilité que son niveau mental assez bas rend plus pauvres les données d'orientation positive. Il croit à la réalité de fonctions

purement fictives et fait participer au roman délirant l'entourage complaisant du placement familial. Le virtuel recouvre le réel, aucune discrimination n'est faite entre les deux.

Le cas suivant joint au délire chronique des facteurs surajoutés : l'origine alcoolique apporte un élément visuel et la tendance confusionnelle aux fausses reconnaissances, à l'imprécision fantastique qu'accroît encore un affaiblissement organique progressif. Enfin le processus hallucinatoire demeure en activité.

OBS. XIII. — *Psychose hallucinatoire d'origine alcoolique probable. Persistance d'hallucinations. Thèmes fantastiques, vie militaire délirante. Affaiblissement de type confusionnel. Artério-sclérose cérébrale, épilepsie sénile.*

Jules-François Esch., ancien tailleur, né en 1870, interné en 1900 à l'âge de 30 ans. C'est en 1936, un petit homme frêle, à la barbe blanche, atteint de grosses varices, d'une hernie inguinale et d'une artério-sclérose marquée avec des bruits cardiaques assourdis et une grosse hypertension artérielle (22-10).

Voici comment, en l'absence de tout autre renseignement, Jules raconte le début de sa maladie : « J'étais au régiment, et puis j'ai laissé ma jument au 1^{er} chasseurs, je suis parti, j'ai été mis en liberté, on m'a fait passer au tourniquet, j'ai été depuis au tourniquet. C'est la famille Esch... Ils se moquent de moi, toutes les misères qu'ils m'ont faites, on faisait recommencer le travail fait, c'était toujours de vrais criminels, des guillotins. Il y avait Fanny, c'était ma sœur, Etienne avec Marie, ma belle-mère du boulevard Diderot à Paris. Tout le temps trompé, rien de le croire, c'est tout trompeur et tout trompé. » « Nous sommes rentrés en 1900, explique-t-il un autre jour en universalisant le délire. Il était tailleur. Nous avons été arrêtés en 1900, tous les tailleurs, tailleur sur verre, tailleur sur cristaux, on était toujours soldat. J'y suis encore. »

Les réponses sont coupées par des hallucinations. Esch. lève les yeux et écoute : « Ça me parle tout le temps, toujours les mêmes. Ils me parlent, je leur parle, on parle tout seul. J'entends mon petit garçon avec les anges au ciel. Ils sont avec mon petit garçon dans les astres. Ce sont des astres (sourire gai).. C'est toujours les mêmes mauvaises paroles tout de même : vous étiez chez vous, maintenant vous n'y êtes plus. Toujours des mots de : folle ou de : fou. »

Esch. ajoute « ça dérange des fois, ça dérange la tête ». Il éprouve une sensation inquiétante de présence « sur sa tête, comme si que ce soient toujours des personnes qui ont envie de faire un crime » ; des inhibitions de pensée : « Ils vous y font oublier, ils vous y volent au crâne pour qu'on ne se rappelle plus. » Il distingue les processus psycho-moteurs des processus hallucinatoires : « Ils se servent d'une autre personne au crâne et d'une autre personne à la parole. » Il res-

sont des troubles cénesthésiques « toujours pris par le gosier avec des glaires » et des modifications hallucinatoires du schéma corporel : un canarade « le petit Auguste m'avait mis la main sur l'épaule, ça m'avait maigri l'épaule, ça m'a mis en déformation des deux épaules, c'est pourquoi j'aime pas les gens qui me mettent les mains comme ça ».

Enfin, il accuse des phénomènes visuels du domaine de l'illusion autant que pseudo-hallucinations : il reconnaît dans la rue son cousin, voit passer sa fille avec un grand jeune homme portant des bottes jaunes. Elle lui dit : quand vous aurez besoin de quelque chose, on le mettra en douce chez vous. C'est elle qui avait passé par là à St-Robert. Il en doute cependant : « savoir si c'est bien elle » et sourit...

Les thèmes délirants sont pauvres : il est victime de gens de la police, « des gens qui sont hors de vous, qui ne vous connaissent pas, une bande noire, ils ont toujours la parole avant que vous touchiez à quoi que ce soit ». Il se croit soldat, porte un petit insigne à la boutonnrière et se tient toujours prêt à partir s'il en recevait l'ordre. Ses paquets sont tout ficelés et lui-même se repose, tout habillé, sur son lit avec sa pélerine et son chapeau. Il connaît le nom de sa nourricière et de ses camarades, mais il les prend pour des voleurs qui se cachent : ils ont acheté sa propriété de Belleville et il doit la regagner. « C'est une rathénie des pensionnaires-là. Ils sont en rathénie, c'est des coupables, pour pas qu'on les découvre. Ils sont tous contre vous, c'est tout des personnes en tort de rathénie. »

Il sait être à Valigny, mais il y voit une singulière bourgade. « C'est une ville qui est comme ça pour les écoliers et ce que vous faites. Ils restent chez le maître d'école jusqu'à 7 heures, ils écrivent votre vie à l'école. J'ai écrit dans les cabinets pour ceux qui m'en voulaient, ils ont écrit toutes sortes de choses dessus. » Loin de normaliser, il explique les événements naturels par le délire : un abcès du pied en 1933 est dû « à un éclat d'obus qui lui a sauté à la jambe ; c'était invisible ».

Au début, il ne travaillait pas, se disait rentier. Depuis il bricole pour sa nourricière, accomplit dans le jardin de menus travaux qui lui paraissent considérables, pour gagner quelques sous.

Le 8 juillet 1934, il a deux crises épileptiques qui se reproduisent tous les deux ou trois mois et il s'affaiblit peu à peu.

Le dernier malade de la série présente un détachement encore plus complet du monde réel et ne s'oriente que sur des voies délirantes.

Obs. XIV. — *Psychose hallucinatoire chronique avec tentative de meurtre. Hallucinations et pseudo-hallucinations persistantes, thèmes militaires mégalomaniaques, néologismes. Vie dans un monde imaginaire.*

H. Gaston, né en 1871, ancien emballeur, aurait été interné en 1904 à l'âge de 33 ans. « Débilité mentale avec idées systématisées de persécution, hallucinations de l'ouïe, illusions sensorielles, interprétations délirantes. Floraison hallucinatoire très riche en rapport peut-être avec un appoint alcoolique. Tendance aux réactions persécutives : tentative de meurtre. » Ville-Evrard, 21 mars 1904. De St-Robert, il arrive à Ainay le 1^{er} avril 1932. Il ne peut donner que des renseignements imprécis sur son passé : « J'ai été accusé d'avoir volé des obligations chez mon patron, c'était le comptable qui m'accusait, ils étaient employés pour faire ça par une organisation de bandits de la Calabre. » « Ils m'avaient inculpé de vol et de crime, ils ont fait un méli-mélo. » Il se refuse alors à tout examen systématique.

Nous le plaçons dans un hameau éloigné et nous conversons avec lui au hasard des rencontres dans des sentiers de campagne. Botté, une pèlerine déteinte jetée sur les épaules, assez débraillé, H. lisse ses moustaches cosmétiquées en marchant à grands pas. Il parle de généraux, de batailles : du matin au soir il est à la recherche de ses troupes. Ses poches sont gonflées de boîtes, de ficelles, etc... Ses mains sont froides, ses pommettes cyanosées, ses pupilles en myosis. Les artères du cou battent visiblement. La tension artérielle est à 29-9, indice 8. Aucun traitement n'est possible.

La coquetterie — il se regarde volontiers dans un miroir — contraste avec la négligence de la tenue. L'allure martiale est amollie : H. est en voie d'affaiblissement artério-scléreux.

Il manifeste le vif désir de retourner dans sa famille : « J'irais trouver le Président de la République à l'Hôtel Continental. Ma mère est avec le Président de la République à la grande grille, aux Arnites, ils s'amusent, là il y a un grand hippodrome, ils vont aux courses de chevaux, aux courses de cerfs, au polygone. »

D'ailleurs, il la voit dans le pays : « des fois elle vient même au dehors sur la place. Je la vois par la chimie, elle dit qu'elle va venir me voir avec ma sœur ».

Il distingue bien les pseudo-hallucinations de la réalité : « C'est la *révélation* qu'ils ont montée à la Sorbonne : il y avait M. Mastrabéou, M. Materla, M. Mitzgam. Je sais tout cela par la sténographie. C'est des images, je vois la figuration qui se dessine comme des images, c'est dans ma tête bien sûr..., c'est des passages de nuages. »

Mais il reste mal fixé sur les notions de temps : on est le 8 juin, mais de 1894 ou 1994. Il est interné pour 150 ans. Voilà 47 ans qu'il est interné, ils ont mis 20 ans, 25 ans, maintenant il a 63 ans (exact).

Le pays s'appelle Reilly-le-Château dans l'Allier, mais il ignore le nom de la commune et du hameau, « j'appelle ça le Patureau de l'Allier » et il cite des noms bizarres : le Clinet, le Kirmissi. Il ne sait le nom de ses nourriciers, « des esclaves » dit-il seulement. Il vit tout entier dans son délire. La déformation rachitique de son thorax est elle-même due « à un obus qu'il avait là en 1871 ».

En 1935, H. se promène tranquillement, extériorise moins son

délire, il s'alourdit, se voûte, perd sa coquetterie et ses fières allures. L'affaiblissement s'accroît.

Ces malades projettent la virtualité du délire sur toute l'ambiance et sur les souvenirs de leur passé. Avec le réel, la rupture est irrémédiable. Sans doute paraît-elle moins brutale que chez certains des malades précédents, dont la personnalité jusqu'au bout s'insurge. Ici le réel, présent ou passé, ne constitue plus ni l'objet de craintes ni un obstacle : c'est que le malade a cessé d'être lui-même. Il désire retrouver sa famille à l'Elysée ou dans les astres. Il attend l'ordre du jour qui jamais ne viendra. La représentation pseudo-hallucinatoire et l'automatisme psycho-moteur constituent les dominantes d'un psychisme imprécis, dyslogique, fantastique, d'où la débilité mentale originelle et l'affaiblissement vésanique acquis par l'évolution du délire lui-même ont banni avec le sens critique, toute faculté d'étonnement.

REMARQUES GÉNÉRALES SUR LES MODALITÉS TERMINALES ET LES PROCESSUS TARDIFS DE RÉPARATION

Les conditions de ce travail ne permettent aucune considération nosologique. Les renseignements sur les stades de début étaient trop incomplets, parfois inexistant, réduits dans un cas à la seule date de l'internement, sans même le texte du certificat médical primitif. Une seule donnée négative : c'est que de tous les malades examinés à l'entrée par Magnan, aucun ne fut classé par lui dans le délire systématisé chronique ; tous ressortissaient aux délires des dégénérés.

Nous n'avons observé ces sujets qu'à une période très avancée de leur évolution : aux stades ultimes de la psychose hallucinatoire s'ajoutait déjà dans plusieurs cas, l'affaiblissement artério-scléreux ou sénile. Ils réalisaient donc le tableau de la démence vésanique dont nous avons dissocié les éléments dans nos travaux avec Villemetz.

De toute façon, le pronostic du délire hallucinatoire ne s'est montré en rapport ni avec le niveau initial de l'intelligence, ni avec ses atteintes artério-scléreuses ultérieures. Parmi les sujets les mieux réintégrés se trouvent des affaiblis organiques caractérisés (obs. 1), des séniles (obs. 3), côte à côte avec d'autres

(1) VIÉ et VILLEMETZ : Nouvelle étape du démembrement des démences vésaniques, *Soc. Méd.-Psy.*, 28 décembre 1937. VILLEMETZ : Les démences vésaniques, Thèse de Toulouse, 1938.

malades, tel celui de l'obs. 2, qui à 70 ans ont conservé l'intégralité absolue de leurs facultés mentales. Ce sont d'ailleurs des faits de connaissance banale depuis Ségla, depuis Chaslin. Inversement, ce même malade de l'obs. 2 avait été considéré autrefois comme un débile, et Chaslin dans sa *Sémiologie* rapporte même une lettre fort amusante qui témoigne de cette débilité. De ce point de vue évolutif du moins, il semble bien que, selon le mot de H.-W. Gruhle « *délire et intelligence n'ont rien à faire ensemble* ».

La tolérance des vieux délirants pour l'artério-sclérose généralisée, et spécialement pour une hypertension artérielle importante, voire énorme (jusqu'à 27 au Pachon, 25 au Vaquez), est tout à fait remarquable. Les signes subjectifs : céphalées, vertiges, bourdonnements d'oreilles, mouches volantes, font souvent défaut, et l'on est obligé de s'en tenir, pour en évaluer la répercussion cérébrale, à de petits accès de dépression, d'excitation, de confusion, à l'apparition d'une certaine sensiblerie, à une tendance au relâchement, à l'approbativité, aux troubles plus ou moins lacunaires de la mémoire. Nous ne pouvons envisager ici le cas des atteintes en foyer qui posent bien d'autres problèmes.

Toujours est-il que l'apparition de ces troubles vasculaires est de nombreuses années postérieure à la fixation de l'état dans lequel nous avons observé nos malades, et c'est à l'évolution propre de la *psychose* que nous voudrions rapporter les modifications favorables observées dans nos deux premiers groupes.

Séquelles hallucinatoires mineures. — Chez eux, l'activité hallucinatoire s'est depuis longtemps atténuée et les premiers ne présentent plus que des *séquelles hallucinatoires mineures*, qui se traduisent par la *conversation mentale pseudo-hallucinatoire*. Lorsqu'ils se croient seuls dans leur chambre par exemple, ces sujets parlent à mi-voix. C'est un soliloque de ce genre que l'on déclenche au cours des interrogatoires en faisant revivre chez certains, les souvenirs du passé. Ils cessent de vous regarder, paraissent s'égarer dans le lointain, et dévident comme en eux-mêmes des suites de phrases peu cohérentes, de contenu délirant, avec une expression monotone. C'est un déroulement automatique de la pensée virtuelle.

D'autres présentent encore des pseudo-hallucinations auditives du moins épisodiques, et il semble que ce soit là aussi un symptôme de régression. Dupouy (1) a bien souligné la valeur des

(1) DUPOUY : Les hallucinations psychiques, *Encéphale*, octobre 1922.

pseudo-hallucinations aux divers stades évolutifs de la psychose hallucinatoire et en particulier à la phase de régression, qu'il s'agisse d'une guérison ou d'une déchéance progressive. Nos constatations confirment pleinement ses vues. Et l'on peut observer chez ces vieux malades tous les stades intermédiaires entre la pseudo-hallucination et l'hyperendophasie simple qui peut être consciente et sembler d'apparition ou au moins d'apparence volontaire, lorsque le sujet concentre sa pensée (Capgras). A des phénomènes de cette nature se rattachent les visions panoramiques du vieux mystique (obs. 8).

Parfois, lorsqu'on fait évoquer les vieux délires, on note de curieux phénomènes d'achoppement chez des malades dont la parole est en temps ordinaire tout à fait libre. Ce sont des liaisons manquées, des erreurs grammaticales qui détonent, ou au contraire des lettres escamotées avec une intonation particulière d'horreur et de mépris. Ainsi lorsque G... (obs. 1), dit « on respirait c't' odeur de chlore » et D... (obs. 2), parlant d'hallucinés « c'est qui z-ont un dulire ». Une délirante hyperthymique âgée, au langage très correct nous affirmait : « je rends des services bien spéciaux ».

Souvent persistent encore des trémulations musculaires localisées au niveau de la tempe, du menton, ou encore au niveau de la musculature extrinsèque du globe oculaire. Lorsqu'on veut rechercher les réflexes pupillaires de ces sujets, on se heurte à l'impossibilité d'obtenir une stabilisation durable du globe oculaire qui ne cesse d'osciller, de vaciller, de trembler. Ce signe est distinct du nystagmus, nous l'avons observé quatre fois (obs. 3 et 9 de ce travail et chez deux vieilles délirantes de Moisselles). Morel le connaissait déjà, Mériet (1) qui l'avait décrit en 1852 lui attribuait une valeur pronostique d'incurabilité.

Processus tardifs de réparation. — Les processus de réparation au cours des stades ultimes des délires hallucinatoires n'ont été l'objet que de rares études dues surtout à Mayer Gross et à Max Müller (2). Encore les observations qu'apporte ce dernier à l'appui des mécanismes de transfert, de transformation du donné psychosique et du monde délirant concernent-elles surtout des accès aigus et des stades transitoires. Dans les phases plus avancées, Max Müller met en évidence les deux pro-

(1) MÉRIET : Des oscillations du globe oculaire comme signe de l'aliénation mentale. *Gazette des Hôpitaux*, 19 août 1852.. Cité par Morel, *Traité* p. 280.

(2) MAYER-GROSS : *Traité* de Bumke, T. IX ; Max Müller, *Über Heilungsmechanismen in der Schizophrenie*, Berlin 1930.

cessus du *refoulement* (Verdrängung) et de la séparation (Absperrung), ou pourrait-on dire d'une façon plus imagée, de l'*enkystement* du délire. La loi fondamentale en est l'importance vitale, pour le délirant, de ne pas laisser les phénomènes morbides affleurer de nouveau la surface du psychisme. Il existe chez le malade une tendance active, dont souvent il n'a pas pleine conscience, à enfouir et à étouffer au plus profond de lui-même le foyer pathologique que constitue le délire. La méconnaissance systématique du délire est, elle aussi, un aspect du processus de défense. Pour facile qu'elle soit chez eux, cette défense nécessite encore pour certains de nos vieux malades, tel le violoniste P... (obs. 7), une attitude active de domination du délire ; lors des poussées hallucinatoires, cette position devient intenable et le malade préfère se calfeutrer dans sa chambre. De même la farouche indépendance notée chez la plupart d'entre eux témoigne encore de la défiance qu'ils éprouvent vis-à-vis de leurs capacités de lutte. La solitude est une véritable soupape de sûreté qui leur permet une détente à l'effort nécessité par le refoulement.

Plus heureux ceux qui parviennent à séparer le domaine virtuel et le monde réel, réalisant la *scission longitudinale* (Spaltung im Längeschnitt), de Mayer Gross et de Max Müller. Ce mode de terminaison était depuis longtemps connu, notamment des médecins de Maisons de santé. H. Colin le remarquait dans son discours présidentiel du Congrès de Besançon, 1923, et citait ces persécutés dont « certains ont fait toute la guerre et se sont brillamment conduits tout en conservant intact leur délire, tout en attribuant à ces influences extérieures les troubles qu'ils ressentaient et qu'ils interprétaient, réalisant ainsi un dédoublement de la personnalité des plus curieux à constater », tel notre hébraïsant L... (obs. 8), parallèlement mystique et comptable, également bien adapté aux deux ambiances.

Chez d'autres sujets, l'action persécutive paraît épuiser sa virulence, le coefficient affectif lié au substrat morbide s'est atténué avec les années, le malade traîne comme une masse inerte (« Petrefakt », dit Max Müller), le délire auquel il a consacré le meilleur de sa vie. Ce sont les *retraités du délire*, qui déniaient à la maladie ancienne toute influence sur leur activité présente « Il est trop tard, dit D..., pour qu'ils continuent ». Je me suis retirée de tout, dit R... (thèse Villemeze, obs. 4), je ne veux plus servir ce principe là ». Mais ils gardent une conviction entière, quant à la réalité des phénomènes passés.

Dans une dernière série de cas, la conviction délirante elle-

même est ébranlée, le doute s'introduit dans l'esprit de ces malades qui recouvrent enfin une certaine attitude critique, mais combien tardive, vis-à-vis de la psychose. Toutefois, remarque Max Müller, une attitude nettement objective donnerait le droit de douter du diagnostic de « Schizophrénie ». Après 30 ans, 40 ans d'évolution « on sent que l'on heurte encore un point sensible... comme si le malade se défendait de livrer un secret ». « Ils n'ont plus de droits sur moi », objecte Mme P... (Villemeze, obs. 5). « J'ai lâché ça, réplique F..., en lançant une vaine menace : « ceux qui prétendraient remettre ça... » (obs. 2)

Seule l'artério-sclérose cérébrale, par son facteur d'affaiblissement parvient à atténuer la rigueur de cette attitude défensive.

Sous le terme de *Normalisation*, nous avons décrit les procédés explicatifs que le malade présente de ses actes et de ses propos passés, lorsque l'activité hallucinatoire n'est plus là pour les soutenir, Max Müller les qualifie « d'orientation vers le banal et l'inoffensif ». Ils relèvent de trois directions.

1) *Allégation d'événements normaux* auxquels l'attitude du malade aurait constitué une réaction rationnelle : G... (obs. 1), était énervé par les chants des infirmes, intoxiqué par le chlore qu'on utilise pour la désinfection. F..., est gêné par le froid et l'inconfort du local...

2) *Viscéralisation*, c'est-à-dire report des phénomènes hypocondriaques, en particulier des hallucinations cénesthésiques, à des accidents de pathologie viscérale, d'ordre toxique, infectieux, etc... Ainsi, D... retrace tous les signes qu'il attribue à l'intoxication par la belladone « ça a un goût aigrelet ; je l'ai vu par la dilatation des yeux, ils me faisaient mal, on aurait dit qu'ils sortaient de leur orbite, et puis c'est cette pupille du diable... je n'allais pas crier sur les toits que j'étais intoxiqué... » D'autres invoquent des névralgies, des céphalées, diverses lésions locales.

3) Enfin certains sujets substituent, dans l'explication de leur délire, des *troubles psychologiques banaux* purement quantitatifs aux phénomènes hallucinatoires. Notre vieille malade (1), allègue sa lenteur cérébrale, les incertitudes de sa mémoire, l'hésitation à reconnaître son protecteur dont elle niait la mort, le manque de décision au moment d'agir, l'impossibilité physique d'agir rapidement.

L'exclusion des processus hallucinatoires est une condition indispensable à la *réintégration* de tout le roman délirant dans

(1) J. Vié : Une terminaison de la xénopathie, *Soc. Méd.-Psychol.*, 28 mai 1934.

le psychisme du malade, dans sa personnalité, à l'écart de laquelle il avait été si longtemps tenu par une impossibilité majeure. Il est intéressant de noter la régression des méconnaissances systématiques et le doute relatif aux thèmes qui concernaient l'identité en particulier les thèmes de filiation. Ce sont parfois des compromis comme chez Mlle Cl... qui finit par douter de la survie de son « surhomme » après en avoir fait pendant plus de vingt ans une nécessité primordiale de l'existence. Fa... qui pendant trente ans s'était cru Edgar Nathaniel, Philippe d'Orléans, fils de Louis XIV reprend son nom primitif comme pseudonyme, puis un beau jour vient trouver le médecin et lui révèle sa véritable identité (1). Nos deux délires de filiation napoléonienne perdent confiance en leurs arguments et renoncent à atteindre la solution de l'énigme (obs. 5 et 6). « Mon Toine » ne voit plus dans « ses grandeurs » que de vieilles histoires — de beaux rêves — du temps passé. Le délire chez tous régresse, cesse d'être alimenté, chez les délirants post-confusionnels, se dépouille des apports ultérieurs pour se condenser au pourtour de la lacune initiale ; peu à peu il se vide, il s'éteint.

Derrière toutes ces modalités régressives, nous retrouvons l'évolution propre de la psychose. Celle-ci se montre rigoureusement parallèle aux variations d'intensité du processus hallucinatoire. Dans la mesure où il s'atténue, le pronostic devient plus favorable. Lorsqu'il se réduit aux séquelles mineures et dans ce cas seulement, peut se réaliser l'intégration — ou la réintégration complète du malade au milieu. Lorsque le processus est encore actif, le contact avec l'ambiance reste limité à une insertion plus ou moins imparfaite. Lorsqu'il imprègne tout le psychisme, le contact n'est pas possible.

Ansi l'étude des phases ultimes des délires hallucinatoires chroniques aboutit selon nous à en lier l'évolution à la profondeur et à la durée du processus hallucinatoire. Elle constitue peut-être la démonstration la plus nette du rôle du processus hallucinatoire dans la genèse du délire et dans la structure de la psychose.

(1) J. Vie et QUÉRON : A propos du diagnostic des états paranoïdes, *Soc. Méd.-Psychol.*, 14 février 1935.

PENSÉE AFFECTIVE ET PSYCHOPATHOLOGIE

PAR

J. BURSTIN

II. La pensée affective en pathologie mentale

Dans ce qui précède (1), nous nous sommes attaché à montrer que la vie mentale de chaque instant se construit et se déroule sur plusieurs plans superposés. Même lorsqu'avec l'âge, comme c'est le cas, la plus grande partie des contenus psychiques se transforme en automatismes et en habitudes, chaque plan dispose des automatismes et des habitudes propres et chaque fois que l'un de ces automatismes entre en action, il fait revivre ceux qui lui correspondent sur les autres plans. Le fonctionnement de tels ensembles n'est guère possible que grâce à un travail continu d'unification et de subordination des éléments les uns aux autres. Synthèse et hiérarchisation sont les deux conditions indispensables au fonctionnement du mécanisme mental. Il est donc plausible de supposer que les perturbations apportées par un processus morbide retentiront en première ligne (au moins dans les psychoses, que nous avons surtout en vue dans notre travail), soit sur le travail de hiérarchisation, soit sur l'œuvre de synthèse mentale, soit sur les deux à la fois.

Dans le premier cas, le travail de discrimination, de sélection et de hiérarchisation entre les divers contenus et entre les éléments de chaque contenu ne s'effectue plus suivant les règles habituelles, ce qui revient presque toujours à ceci : la pensée affective arrive à faire irruption sur le plan de la pensée rationnelle, à prendre le pas sur celle-ci, ou même à la submerger complètement.

Dans la seconde hypothèse, les différents contenus d'un même plan mental ou de plusieurs plans, les divers matériaux d'un

(1) Voir *Annales Médico-Psychologiques*, 1939, tome II, n° 3, page 382.

même moment psychique vont s'extérioriser dans toute leur intégrité. La multitude et le chaos, cet état naturel et habituel de la conscience, apparaissent en plein jour et donnent ainsi un aperçu de ce qui est en réalité la vie mentale. Les illusions engendrées par la synthèse mentale ne nous donnent plus le change.

C'est à ces deux modes d'action du processus morbide, qu'il nous semble pouvoir rattacher la majorité, sinon la totalité des manifestations pathologiques que l'on observe en psychopathologie.

I. TROUBLES DE LA HIÉRARCHISATION DES FAITS

Habituellement, nous plaçons les structures de la pensée rationnelle au-dessus de celles de la pensée affective. Nous leur attribuons un plus grand prix, leur pouvoir sur nous est plus grand, elles sont plus «*pregnantes* ». Chaque fois que l'individu est amené à prendre une conduite sociale, il s'efforce d'instinct de transposer ses pensées de leur plan naturel, le plan affectif, pour les couler dans les moules de la pensée rationnelle.

Ce pouvoir sur notre esprit des structures rationnelles n'a rien de mystérieux, il n'est pas une propriété intrinsèque de ces structures. Ce pouvoir ne tient pas aux choses. Il vient de nous. En soi-même la pensée rationnelle, faut-il le dire, n'a aucune force. La pensée rationnelle est essentiellement un état d'esprit qui attache une plus grande croyance aux formes pragmatiques qu'aux autres. Avec la moindre perturbation de cet état mental, la démonstration logique la plus rigoureuse et la plus brillante se dépouille de sa force et porte à vide. Avec un trouble plus accentué, les principes immuables de la pensée rationnelle, tels les axiomes, perdent leur évidence éblouissante et indiscutable.

Le délirant, au moins au début, reconnaît parfaitement la nature morbide de ses idées, pourtant aucune démonstration discursive n'est en mesure de changer quoi que ce soit à l'état des choses. D'ailleurs certains malades se chargent eux-mêmes d'annoncer ce fait d'une façon très explicite, tel le malade ci-dessous :

« ...On m'envoie l'idée que l'Empereur d'Allemagne va nous attaquer, que je dois prévenir le gouvernement. Cela me paraît fou, mais il me faut obéir malgré moi. »

Rappelons cette malade de Storch que nous avons déjà eu l'occasion de citer ailleurs, qui affirme être plusieurs milliers de personnes, pour ajouter, un instant après, «*je sais que c'est impossible et pourtant c'est bien comme ça* ».

L'obsédé a pleinement conscience de la niaiserie, de la stupidité même de ses préoccupations et pourtant aucun raisonnement, si lumineux soit-il, n'est capable de le libérer de son fardeau.

Psychologiquement, on l'a vu dans la première partie de ce travail, la suprématie du rationnel résulte d'un long processus d'exploration, d'apprentissage sensori-moteur et d'une structuration du réel que chaque individu refait à son compte au cours de son développement. Physiologiquement, c'est un état du système nerveux qui fait que certaines constellations sensoriomotrices, chaque structure n'étant que cela, sont éprouvées plus intensément que les autres et, de ce fait, entraînent une plus grande croyance. N'importe quel raisonnement est un appel constant à la croyance. En effet, il est essentiellement allusion, ou même évocation de ces ensembles structurants, rappel continu de la force dont chacun d'eux affecte la conscience. Quand ces structures manquent, la logique la plus rigoureuse porte à vide, la parole n'est plus qu'un son dénué de tout sens. Dès que ces entités perdent quelque chose de leur caractère habituel, le monde prend immédiatement un aspect d'étrangeté ; tout paraît changé. Pourtant, la perception semble se faire bien : le sujet ne se trompe pas dans son travail perceptif. Un écran semble s'être interposé entre le malade et le monde.

« Je flotte dans les espaces interplanétaires et je suis séparé de tout l'univers par une sorte d'isolement cosmique », dit un malade de P. Janet.

La perception n'arrive plus à éveiller la résonnance habituelle.

Tout récemment encore, P. Janet a décrit une malade qui soulève les jupes de sa sœur, cherche les dents en or que celle-ci avait dans sa bouche pour se convaincre que c'est bien sa sœur. Un aspect très amusant de ces cas est la perte des personnes signalée par le même auteur : le malade perd et retrouve à tour de rôle sa mère, son amie, le Bon-Dieu, etc...

La pensée rationnelle est, en premier lieu, un état neuropsychologique. La moindre modification de cet état fait immédiatement rétrograder les structures rationnelles de plusieurs degrés dans l'échelle de valeurs, en même temps que les éléments restés jusque-là à l'arrière-scène avancent et envahissent le premier plan.

Pour oublier son triste sort, une pauvre fille s'offre de temps en temps le plaisir de s'imaginer reine d'Espagne. Il suffit des changements physiologiques apportés par les règles pour que cette rêverie innocente fasse périodiquement un prodigieux bond en avant et s'impose à la conscience presque comme une réalité.

Sous l'influence du haschich ou de la mescaline, l'individu se fait une image de l'ambiance tout à fait différente de celle qui s'impose à son esprit à l'état normal. Dans l'échelle de valeurs, les diverses données de la perception brute sont vécues avec une intensité tout autre qu'à l'état normal. D'où une structuration et une hiérarchisation du réel foncièrement différentes de l'état de veille. Ces actions toxiques, dit Kretschmer, en parlant de ces expériences, sont capables de déterminer des modifications profondes, catastrophiques, dans les rapports du sujet avec son ambiance dans l'image qu'il se fait du monde.

C'est ici qu'à notre avis s'ouvre un très large champ d'études psycho-physiologiques : en quoi consiste cette modification de l'état du système nerveux ? Quelle est la loi qui unit ces modifications de substratum nerveux aux variations dans l'appréciation des données de la perception, etc. ?

Un tel déplacement des valeurs se produit dans les états psychopathologiques. C'est le déplacement des valeurs à l'intérieur des systèmes et non le contenu de ceux-ci qui, à nos yeux, est le fait le plus marquant de cet ensemble de manifestations qu'on désigne sous le nom général, beaucoup trop général, de délire.

Le délire n'innove rien. Tous ses éléments existent en gros dans la pensée normale. D'ailleurs, les malades le disent eux-mêmes, et il est presque banal d'entendre des malades déclarer que les voix ne leur disent jamais rien qu'ils ne savent déjà. En effet, le malade ne fait ou bien que se servir des matériaux accumulés tout le long de l'existence, ou bien de mettre en vedette certains sous-produits qui prennent naissance dans n'importe quel travail d'élaboration perceptive.

L'apprentissage du réel fait que la pensée affective, la pensée spontanée (ce sont des synonymes pour nous) se replie désormais devant la pensée rationnelle. Au delà du présentatif, l'individu envisage le représentatif. Mis en face de l'immédiat, il pense au médiat ; en face du souhaitable il apprend tenir compte du possible en face du désirable, il se rappelle le socialement compatible. Ces distinctions, j'y reviens et j'insiste, n'ont rien d'un processus discursif. L'individu en est redevable à l'action et rien qu'à elle. Ces distinctions se traduisent par des schèmes

sensitivo-moteurs correspondants, qui s'ajoutent aux autres pour former, ou plus exactement, pour compléter le système « chose ». Quoi qu'il en soit, en fait, l'individu se voit dans l'obligation de faire violence à chaque instant à sa spontanéité première.

Il doit se faire violence pour ne pas se laisser emporter par l'apparence sensible immédiate, mais au contraire, l'envisager comme un indice d'un tout. Il lui faut classer et juger d'après la nature de ce tout. Ainsi, par exemple, il est obligé de faire un effort pour pouvoir se détacher de l'apparence sensible du mot et ne penser à travers ce mot qu'au contenu qu'il représente. Dès que cet effort cesse, les associations formelles provoquées par l'aspect du mot l'emportent sur les autres, le courant du sensible a le dessus.

A chaque instant il lui faut s'arracher à sa spontanéité première pour tenir compte, dans ses désirs, de la réalité physique et de la résistance que celle-ci leur oppose.

L'individu doit encore maîtriser sa spontanéité première pour se conformer à une réalité non moins puissante et qui nécessite une adaptation aussi rigoureuse, la réalité sociale.

L'individu se soumet, mais c'est une soumission assez spéciale. Il ne renonce nullement à sa spontanéité première. Il se soumet sur le plan de la pensée rationnelle, mais laisse s'épanouir sa pensée dans toute sa spontanéité sur le plan affectif.

En face du monde des choses et des relations subsiste un monde basé sur les affinités sensibles sous ses deux formes : immédiate et médiate. L'apparence sensible s'y donne libre cours. Les entraves opposées par la réalité ne sont plus de mise, et sont délibérément écartées. Tout redevient possible, réalisable, la réalité se plie docilement à nos volontés. Elle se laisse pétrir et modeler suivant nos désirs les plus fugaces. Les rôles se renversent : du dominé, d'assujetti, l'individu devient le maître absolu. La pensée peut donner libre cours à toutes ses virtualités.

La réalité sociale n'est pas traitée d'une manière différente. Elle voit s'opposer une activité imaginative où l'individu peut se comporter librement sans tenir compte des impératifs sociaux, au moins de certains de ces impératifs. D'ailleurs ce qui se manifeste ici dérive très souvent des tendances qui se dressent contre quelques-unes des exigences du social et qu'un long dressage a profondément refoulées et enfouies.

En face de l'activité rationnelle ou de toutes celles qui y mènent, se dresse une autre activité, celle-ci inséparable de celle-là, l'accompagnant toujours comme une ombre, et cependant tou-

jours en opposition avec elle. En raison de ce caractère, à la fois de complément et d'opposition toujours présente, on pourrait l'appeler activité réactionnelle. En ayant en vue une autre de ses caractéristiques, on pourrait encore l'appeler activité de compensation, puisqu'elle consiste essentiellement en une accommodation du réel à nos désirs.

L'activité imaginative de compensation est plus ou moins intense suivant les individus, suivant les événements qui remplissent la vie de chacun de nous, mais elle est de règle chez tout le monde. Chacun de nous a recours à elle plusieurs fois par jour, parfois même plusieurs fois par heure.

Le fait-divers le plus banal nous révèle son existence. Quand, très pressé, nous roulons en voiture et que le bâton de l'agent de la circulation se lève juste devant nous, pour laisser passer les piétons, il arrive souvent que, pris de colère, nous nous voyons mentalement foncer tout droit et cela malgré les injonctions de l'agent, et renverser celui-ci chemin-faisant, s'il insiste trop ou si nous sommes particulièrement vindicatifs.

C'est un vrai complexe de compensation pour parler le langage de l'Ecole psychanalytique. De tels complexes, nous en formons des dizaines par jour. Peu importe qu'ils ne survivent pas à l'événement qui leur donne naissance. Le mobile à part, ils ne diffèrent en rien par leur mécanisme des faits que l'Ecole psychanalytique a l'habitude de désigner par ce nom.

Cette fonction d'accommodation du réel dans le fictif s'observe depuis l'âge le plus tendre. Le jeu de l'enfant en est l'expression la plus pure, la plus précoce. Avec quelques pauvres éléments sensibles qui soutiennent la fiction, l'enfant se conduit avec le réel de façon cavalière, et même avec un sans-gêne ahurissant.

Un balai devient un pur-sang ; un morceau de bois, un navire ; la poupée se met à marcher, à manger, à répondre aux questions ; à tour de rôle, elle est gentille et obéissante, ou, au contraire, méchante et entêtée.

Dans son jeu, ou plus généralement dans son activité imaginative, l'enfant prend très souvent une revanche de son rôle effacé et de sa soumission forcée aux adultes. Il suffit d'observer le jeu des enfants à personnalité très accusée et qui ont particulièrement à souffrir sous ce rapport, pour voir jusqu'à quel

degré l'activité imaginative est une revanche sur le monde des adultes.

Ici, l'enfant est tout-puissant. C'est lui qui donne des ordres. Il montre à chaque pas son intelligence, son savoir-faire, à la grande confusion des adultes. Dans certains cas, le jeu devient le champ de revanche sur les revers de la vie (déjà), comme l'a récemment décrit Mme Mogenstern.

Mais ce n'est pas seulement en tant qu'individu que l'homme s'accorde une omnipotence sur le réel et se fabrique des triomphes imaginaires, il le fait aussi en tant que collectivité sociale. La collectivité, elle aussi, est amenée à se plier aux lois implacables du réel. Elle s'en console immédiatement suivant un mode immuable, par un triomphe imaginaire. Une grande partie des rites des primitifs, surtout ceux de la magie, relèvent de ce mécanisme.

Un tel rite est essentiellement une réalisation du désiré, du souhaitable, réalisation qui n'a pas besoin de tenir compte de la réalité. Le primitif « joue » la chose, l'événement souhaité. Il « joue » la pluie, une récolte abondante, la mort de ses ennemis, etc. Ici, comme chez l'enfant, il y a toujours quelques éléments sensori-moteurs qui appuient la fiction.

Il est aisé de démontrer l'existence de complexes de compensation collectifs chez les peuples modernes et même leur formation de nos jours, sous nos yeux.

L'art n'est pas autre chose. Ici aussi, il s'agit d'une activité de compensation. L'analogie ne s'arrête d'ailleurs pas là, elle s'étend également aux certains moyens d'expression.

Les écrivains — a dit quelque part F. Nietzsche — expriment dans leurs œuvres ce qu'ils sont ou ce qu'ils voudraient être. A notre avis, le second cas est infiniment plus fréquent et, sans insister beaucoup là-dessus, nous croyons pouvoir dire que la première éventualité, au moins sous une forme absolument pure, n'existe pas.

Dans ses œuvres, l'écrivain exprime la réalité, plus exactement sa réalité personnelle telle qu'il la voudrait avoir. Envisagée du point de vue qui nous intéresse ici, une œuvre littéraire est en premier lieu l'expression d'un désir, la réalisation d'un complexe de compensation.

L'activité de compensation, la compensation idéo-affective (Claude), est donc quelque chose de très ordinaire, de très nor-

mal dans le fonctionnement de la vie mentale. Elle ne représente rien de pathologique. C'est la rançon de l'activité pragmatique. C'est ici que se trouve la source du délire, plus exactement, la source du délire pseudo-hallucinatoire (psycho-moteur), dont c'est le domaine de prédilection, sinon exclusif. Il est donc exact de dire que le délire n'innove rien ; il se contente de mettre sur le premier plan et d'extérioriser les multiples cristallisations du désiré, du voulu, produits normaux de toute activité mentale, accumulés tout le long de l'existence. La nature de ces produits est déterminée par la constitution du sujet. Ils diffèrent d'un schizoïde à un paranoïaque. Ils sont riches ou pauvres suivant le niveau intellectuel du sujet. De là, la constatation faite par Minkowski de l'existence d'un autisme pauvre et d'un autisme riche. Quel que soit le nom que l'on donne à ces contenus : rêverie morbide, bouderie, schizoïdie simple, ils dérivent d'une même source, celle qui alimente aussi bien le jeu de l'enfant que toute activité artistique. Il est donc justifié de soutenir que le principal n'est pas l'existence de ces contenus, puisque ceux-ci, encore une fois, sont un produit archinormal de l'activité mentale. Ce que le délire innove, c'est la réorganisation des éléments à l'intérieur des systèmes avec déplacement d'accents de points d'appui, voire même des centres de gravité. Le désirable et le souhaitable deviennent assez forts pour se frayer un chemin vers le centre et, suivant les différents types cliniques, ils dominent, refoulent ou, parfois même, submergent complètement le rationnel.

Dans le groupement décrit par M. Claude et ses élèves, sous le nom de schizomanie, on retrouve presque toujours un facteur cyclothymique. C'est précisément au cours d'une crise « d'excitation schizomaniaque », comme l'a souligné M. Claude, que le comportement pathologique du sujet s'extériorise et se manifeste suivant « une formule toujours identique à elle-même ». Ce qui précède explique la cause de ces extériorisations ainsi que la raison pour laquelle celles-ci se font toujours suivant la même formule. A la faveur de la crise schizomaniaque s'opère un déplacement des valeurs qui permet à son tour aux produits de l'activité de compensation de s'extérioriser et de se manifester librement.

C'est encore à la faveur du renversement des forces, provoqué par la maladie, qu'une foule de sentiments, qu'un long dressage social a réussi à ligoter, réapparaît sur la surface de la vie mentale. Comme l'ont constaté plusieurs auteurs sur le début de la schizophrénie, celle-ci s'annonce très souvent par une exaltation des instincts qui veulent se satisfaire, par l'affranchissement de contrainte familiale, sociale, etc... Ici aussi la maladie n'innove rien, elle permet simplement à la spontanéité première de se manifester en toute liberté.

Il est compréhensible que ce processus ne s'arrête pas à l'émancipation des complexes réactionnels accumulés au cours de la vie. La même force qui est à l'origine de ce bouleversement intervient aussi dans l'attitude perceptive que le sujet prend envers l'ambiance, dans sa façon d'élaborer la matière perceptive de chaque instant (1). Chaque perception porte de multiples significations tout comme le mot désigne toujours de multiples structures. Il n'y a pas plus de perception à une seule signification que de mot à une seule détermination. Nous croyons avoir suffisamment insisté là-dessus dans la première partie de ce travail, ce qui nous dispense d'y revenir. La pensée spontanée, la pensée affective, évoque en premier lieu des significations personnelles, égocentriques, en relation directe avec les préoccupations momentanées ou permanentes du sujet.

Pour des raisons que nous avons étudiées antérieurement, les malades du groupe des aphasiques ont la tendance à mettre en avant les significations personnelles. Une malade de Goldstein désigne « un calepin vert un peu endommagé » dont elle feuillette rapidement les pages, comme la roulotte des bohémiens. Un autre désigne l'ensemble de deux crayons usés et mal taillés qu'on lui présente, comme « deux employés des pompes funèbres ». La vétusté qu'exprime l'apparence des crayons donne au malade l'impression de néant, de mort. « On peut dire, que ce sont des cadavres », dit-il, « ils sont assez usés ».

Goldstein qualifie l'attitude de ce malade de *physionomique*. Cette expression désigne très bien le fait, mais a le tort de ne rien expliquer.

Comme autre exemple, on peut citer les « erreurs de lecture » décrites par Freud. Le lecteur déforme le texte et aperçoit ce qui l'intéresse et le préoccupe.

Dans le jeu, ce sont encore ces significations qui s'imposent à l'enfant, entre mille autres nées du support sensori-moteur du jeu.

C'est précisément le rôle de l'activité pragmatique de choisir dans le système des significations qui gravitent autour de la perception. Elle met au centre la signification qui s'adapte le mieux à la situation, celle qui épouse le plus d'aspects présents ou virtuels du fait en question, tout en repoussant à la périphérie les autres significations. Ce faisant, la pensée rationnelle effectue

(1) Dans cette description, on fait volontairement abstraction des processus purement interprétatifs tel que la paranoïa. Non que les faits y soient essentiellement différents, loin de là, mais la démonstration de ceci nécessitera certains développements qui, sans apporter rien d'essentiel, allongeraient considérablement ce travail.

son travail habituel de transposition et de réorganisation de l'immédiat ou du médiat affectif en rationnel. Dans le délire d'interprétation, il n'existe pas, comme on le dit souvent, de polarisation sélective de l'attention, puisque ces significations, sous-produit normal et inévitable de chaque travail perceptif, se forment chez l'individu le plus normal dès qu'il se trouve placé dans des conditions analogues.

Voyant un avion, une malade assure que c'est son fiancé qui l'envoie pour lui dire bonjour (Génil-Perrin).

Une telle idée peut traverser, l'espace d'un instant, l'esprit de n'importe qui se trouvant dans un état sentimental analogue.

On peut dire exactement la même chose au sujet d'un autre malade qui voit dans un ensemble de taches noires et bleues, dessinées sur une nappe, des têtes avec des yeux bleus.

Ce qui est anormal, c'est le renversement des rapports et des forces.

Le malade de Goldstein reconnaît, un instant après, qu'il s'agit bel et bien d'un calepin et non d'une roulotte et de deux employés de pompes funèbres. De même, le lecteur, après un instant, se reprend et rétablit le texte exact.

Chez le délirant, ce rétablissement ne se fait pas. De la périphérie, où elles gravitent habituellement comme les moins adéquates, les significations affectives se déplacent vers le centre, les significations pragmatiques s'effacent ou sont réduites à l'impuissance ; la pensée égocentrique se hisse au premier plan.

Le délire pseudo-hallucinatoire et le délire d'interprétation traduisent donc une même et identique attitude mentale. Ils se prolongent l'un par l'autre et se complètent réciproquement. Tous les deux signifient la suprématie du sensible sur l'objectif, de l'affectif sur le pragmatique. Plusieurs auteurs ont fait la constatation suivante, souvent mêlée d'étonnement : dans les cas qui entrent dans les cadres de cette description, les fonctions psychiques fondamentales semblent être bien conservées. Il n'y a à cela rien d'étonnant. Ce qui est atteint, c'est la manière d'éprouver, donc par voie de conséquence, la manière d'évaluer, de hiérarchiser, et non les fonctions psychiques de base. L'anormal, il est bon de le répéter encore une fois, n'est pas dans l'existence de ces contenus, de ces significations, mais dans la place qu'elles arrivent à prendre dans la pensée élaborée, extériorisée et formulée.

L'étendue du secteur ainsi troublé peut être très variable. On peut observer tous les passages, depuis le domaine très réduit de ce qu'on désigne sous le terme très imprécis de psychasthénie, jusqu'à la démence paranoïde, où le trouble s'élargit pour envahir la presque totalité de la vie mentale. Mais quelle que soit l'importance du domaine que la maladie arrive ainsi à s'octroyer, l'élaboration de la partie qui lui correspond dans le réel s'effectue désormais et uniquement suivant les procédés qui sont ceux de la pensée affective, ou plus exactement, cette élaboration ne va pas désormais au delà de ces procédés. C'est ici l'une des raisons principales de la parenté des psychoses et des états tels que le rêve, la rêverie, les états de fatigue, etc... Dans tous ces états, la pensée spontanée, libérée de la domination et de la contrainte de l'activité pragmatique, peut s'adonner en toute liberté à son activité, et elle le fait suivant un mécanisme qui est le même, aussi bien dans le rêve que dans les psychoses. Pour l'étude que nous poursuivons ici, peu importe la nature des tendances qui mettent en branle le moteur mental. La manière de procéder, de se servir des matériaux est partout la même. Les données de la perception ne s'envisagent plus en elles-mêmes, ni par elles-mêmes, mais par rapport au sujet qui les éprouve. On les aura vues telles que les fera apparaître la réaction sensible du sujet. En conséquence de quoi, elles seront classées et liées. Le monde de l'apparence sensible, immédiate ou médiate, le monde des significations égocentriques, sort de l'ombre pour se manifester en plein jour.

Dans la fatigue intellectuelle, les associations liées à l'aspect sensible du mot prennent le pas sur les associations évoquées par sa signification. Le matériel verbal se comporte comme n'importe quel autre élément perceptif. Il se groupe suivant ses affinités sensibles (immédiates dans le cas présent) et non suivant ses affinités pragmatiques. Freud l'a démontré : ces associations sont un des procédés auxquels recourt de préférence le rêve, pour opérer ses déplacements. La psychopathologie, elle aussi, connaît ces associations, puisque les associations par assonance, par homophonie, n'en sont qu'un cas particulier.

Le symbolisme sexuel du rêve, si minutieusement décrit par Freud, relève dans sa plus grande partie de l'identité des impressions sensibles correspondantes ou, tout au moins, de leur analogie. Ainsi, tous les objets allongés, bâtons, troncs d'arbres, parapluies, toutes les choses longues et aiguës, couteau, poignard, pique, peuvent représenter le membre viril. Pour les mêmes raisons, le malade procède d'une manière identique. Ainsi fait cette malade (P. Janet) qui, dans sa phobie

de la sexualité fuit les pipes, les statues, etc., mais, par extension aussi, les chapeaux, les rues où il se trouve des urinoirs (cela d'ailleurs constitue déjà un passage vers le médiateur).

En elle, s'unissent le soleil et la lune, elle ferme les yeux et voit un diamant magnifique... ; l'écrin est la satisfaction du diamant (Claude et Brousseau).

J'avais sur moi une jaquette de mon mari. Quelqu'un m'a dit alors de nouveau : « Ne mettez pas ça sur mon âme. » La jaquette était sur moi et je ne comprends pas comment l'âme de ce monsieur pouvait aussi être sur moi (M. Engelson).

Nous sommes ici encore très près du sensible immédiat. C'est l'impression sensible qui est à l'origine d'une phrase comme « l'écrin est la satisfaction du diamant ». Un seul et même mécanisme est à la base de telles expressions et des descriptions dont voici un exemple (Rig-Veda, création du feu) :

« Ainsi, celui qui connaît les êtres (Agni) habite les deux branches, pareil au germe dont le jaillissement a rempli, manifestement les femmes fécondées. » (Citée d'après Freud).

Le *Cantique des Cantiques* foisonne de métaphores du même genre.

Dans d'autres cas, le médiateur affectif l'emporte sur l'immédiat.

Les quatre arbres du lycée entre lesquels est tendue une chaîne, sont le symbole de l'esclavage. Un petit lit oscillant de droite à gauche, c'est le destin qui se balance entre la vie et la mort (Bouyer et Perret).

Ici, le sensible ne s'envisage plus en lui-même. Il se rapporte à certaines structures affectives, et, confronté avec celles-ci, en obtient toute la signification. Le mécanisme est en tous points identique à celui exposé dans la première partie de ce travail. Il suffit de rappeler toute la cosmogonie basée sur le contraste entre la lumière et l'obscurité. Nous disons encore aujourd'hui : avoir de ténébreux desseins, des idées noires, clair comme le jour, etc...

Le plus souvent, l'immédiat et le médiateur s'intriquent et s'entremêlent étroitement, comme c'est le cas de la pensée affective normale.

« Elle (la malade) raconte qu'une nuit, alors qu'elle ne pouvait pas dormir, le clair de lune projetait sur la chambre l'ombre des barreaux de sa fenêtre. Ces ombres étaient la barrière qui la séparait de son fiancé (action de l'immédiat).

« ...Dans sa pensée, son fiancé prend la forme de cygne, symbole de la pureté de son amour (médiat). Si on lui présente un dé à coudre, elle fait remarquer que la base de ce dé a la forme d'une couronne (association par l'action de l'immédiat) qui doit ceindre le front de l'élu. Les petits trous piquetés dans le dé sont les plaies de son cœur (action de l'immédiat). ...La fumée d'une cheminée d'usine, c'est sa destinée à elle qui s'évanouit sans résultat (médiat). » (Laignel-Lavastine et P. Kahn).

Cet exemple illustre très bien à quel point le sujet peut arriver à remanier, à reconstruire une notable partie de l'ambiance.

Dans cette œuvre de reconstruction, le « dedans » reprend le dessus sur le « dehors », le moi l'emporte sur le non-moi ; ou plutôt, maître absolu du terrain, lui seul compte. Le malade se construit ainsi un univers bien à lui, un univers dont il est le centre et qui, sous les incidences les plus diverses, mais toujours subjectives, reflète ses manières d'éprouver, ses préoccupations, ses besoins, ses tendances, etc. Cet univers, par son organisation, par son caractère général, ne diffère en rien de celui que crée la pensée affective de chacun de nous. La façon dont on envisage les divers éléments de la perception, dérive exclusivement de notre manière de les éprouver et non de la nature objective des éléments. Les rapports et les correspondances qu'on établit ainsi se font entre nos manières d'éprouver et non entre les choses elles-mêmes. Tout, donc, ici, et nous l'avons dit dans la première partie de ce travail, dérive de nous, s'appuie sur nous, se passe en nous. En dernier ressort, tout a sa source dans la réaction de l'individu et, à ce titre, est d'ordre affectif. Ce qui se trouve ainsi être constitué n'est nullement un monde des choses et des relations telles que les connaît la pensée rationnelle, mais un monde des entités affectives, où tout ce qui est émotionnellement semblable se trouve rapproché et classé sous une même rubrique. La traduction des états intérieurs en langage discursif va nous fournir une autre illustration des considérations qui viennent d'être émises.

La réalité ne se découpe pas spontanément, sur le plan mental en choses distinctes, à contours nets et bien tranchés. La « chose » résulte d'un travail d'élaboration intellectuelle et en nécessite toujours un. Nous l'avons déjà dit plus haut.

L'agnosique tactile distingue parfaitement les diverses qualités sensibles. Pourtant, celles-ci ne se rangent pas dans son esprit en « choses ». Il sait très bien reconnaître qu'un objet donné est froid, lourd et poli, sans savoir qu'il s'agit d'une pièce de monnaie, qu'un

tel autre est chaud, doux et léger, sans pouvoir dire que c'est un bout de coton.

Chaque fois que, pour une raison quelconque, ce travail d'élaboration ne s'effectue pas, l'impression ne se constitue pas en entités représentatives. Ceci se produit à peu près à chaque instant. Nous sommes sollicités à chaque moment par de véritables avalanches de sensations. Une faible partie seulement en est analysée, distinguée et reconstruite en « choses ». Le reste est perçu globalement, donc d'une façon confuse, et rejeté à la périphérie de la conscience. Dans ce tout, il est possible d'effectuer des discernements du genre : il y a quelque chose de mouvant ou d'immobile, de lointain, de proche, etc. On peut également distinguer des qualités plastiques, sonores, tactiles (humide, sec, chaud), ou des impressions d'égalité, de diversité, de multiplicité. A l'état normal, tout ce qui n'est pas en rapport avec les préoccupations du moment va rejoindre l'ensemble dans lequel se trouvent ainsi fusionnées les diverses perceptions, ou plutôt les divers équivalents affectifs de perceptions, qui sollicitent la conscience. Il va sans dire que le même phénomène se reproduit sur une échelle plus grande encore à l'état de relâchement de l'attention (fatigue, sommeil, etc.). Ce tout si complexe, est sentiment puisqu'il résume en lui plusieurs sentiments. Il est complexe sans toutefois se présenter à nous comme tel.

Si l'on n'avait goûté à part le sucre et le citron, dit quelque part Willam James, on croirait toute la vie que le goût de la limonade est indécomposable.

N'importe quelle œuvre d'art a son point de départ dans un sentiment dans lequel sont venues se fondre pendant des jours et des jours de milliers d'impressions les plus diverses.

« Chez moi, le sentiment est toujours au début sans objet clair et précis. Celui-ci se forme plus tard. Ce qui précède et ce qui constitue le fond de mon état d'âme, c'est un état d'âme musical et ce n'est qu'après que m'apparaît l'idée poétique. » (Correspondance de Gœthe et de Schiller).

Flaubert écrit : « L'histoire, l'aventure d'un roman ça m'est égal. J'ai la pensée, quand je fais un roman, de rendre une coloration, une nuance. » (*Journal des Goncourt*).

La première conception de « La Brière » s'est présentée à Chateaubriand sous forme d'une grande eau-forte à action composée d'une série d'épisodes concourant tous à un effet général de nocturnes ;

un homme noir central s'élevant sur des lisières d'eau et de feu. (Cité par Delacroix).

Le processus grâce auquel l'artiste parvient à exprimer un tel sentiment est juste l'inverse de celui par lequel ce sentiment a pris naissance. Il effectue un travail de dissociation, de redifférenciation, de réindividualisation. Peu importe la forme que vont prendre les éléments ainsi différenciés. Que cette forme soit toute musique, toute peinture, ou seulement verbale, la manière de procéder est toujours identique. Quels qu'ils soient, les termes traduisent des entités affectives. Dans le cas particulier de la forme verbale, c'est en tant que symbole d'une structure affective déterminée que le mot se trouve être employé. Il nous arrive à chaque instant de reconstruire, de réindividualiser d'une telle manière nos souvenirs à partir d'une « nébuleuse » primitive. Cette reconstitution est loin d'être toujours une réussite ; il nous arrive très souvent de remplacer les faits par d'autres mais émotionnellement semblables.

Le travail de transposition, tel qu'il se fait en psychopathologie, ne diffère guère de celui qui s'effectue dans l'activité artistique. Chacun des malades le fait à l'aide des matériaux que son histoire, sa sensibilité, ses moyens intellectuels mettent à sa disposition.

S'agit-il du sentiment de puissance, de vitalité accrue ? Une pauvre femme, inculte, l'exprimera par cette affirmation naïve : « J'ai cent mille enfants, j'ai des règles d'une abondance inouïe » (elle se voit cent fois plus femme que les autres femmes).

L'excité hypomaniaque traduit le même sentiment quand il dit : « Je viens ici pour qu'on m'agrandisse le cerveau. On m'a donné des idées les plus généreuses. Je dois révolutionner le monde. » (Ey).

À partir d'un tel sentiment, un schizophrène cultivé va échafauder un délire cosmique avec toute une cosmographie à son usage personnel.

Tout comme l'artiste, le malade ne s'occupe nullement des choses, il ne s'attache qu'à leur valeur affective. Il se sert des choses, des situations, des événements pour exprimer de telles valeurs exactement de la même manière dont nous nous servons de l'alphabet.

C'est dans de telles conditions qu'une échelle peut traduire l'idée d'« ascension vers le ciel », un petit lit oscillant de droite à gauche, « le destin qui se balance entre la vie et la mort », et la fumée « une destinée qui s'envole ».

Le rêve procède exactement de la même manière. Le travail de transposition qui s'y fait, décrit par Freud, est identique par ses modalités à celui qu'effectue le malade.

Quelqu'un rêve d'un trottoir qui s'approche de lui, lorsque le train stoppe. Ceci en rapport avec un livre illustré où les hommes marchaient sur la tête, et pour traduire le sentiment de l'absurdité, auquel cette lecture a donné naissance.

Freud rêve qu'il voit dans une vitrine un volume d'une nouvelle collection qui s'intitule : « Orateurs célèbres », le premier volume porte le nom du docteur Lecher, « un orateur parlementaire obstructionniste ». Tout cela, pour traduire ceci : depuis quelque temps, l'auteur, absorbé par sa nombreuse clientèle, est obligé de parler plusieurs heures par jour. En l'occurrence, le docteur Lecher sert à exprimer le fait de parler beaucoup.

Silberer s'efforce de réfléchir sur un problème philosophique ardu. Fatigué il voit alors une image ; il demande un renseignement à un secrétaire maussade qui ne se laisse pas déranger. (Cité par Freud).

La pensée rationnelle ne fera jamais des rapprochements entre des faits aussi disparates que tout sépare. Mais, pour la pensée affective, les choses ne comptent que par les significations subjectives qui s'y attachent. A la lumière de tels exemples, on mesure toute la difficulté qu'il y a à saisir tous les maillons d'une pensée affective, et très souvent on conclut un peu trop vite à une incohérence là où, au contraire, tout est enchaîné, où tout se tient.

Le symbolisme, pour prononcer le mot, est donc un phénomène très général, très banal, opérant toujours suivant un mécanisme identique partout, celui des équivalences affectives, que ce soit dans le rêve, dans le délire ou dans l'œuvre d'art. Cette symbolique est loin d'être exclusivement d'inspiration sexuelle comme le veut plus ou moins explicitement l'Ecole psychanalytique. Il s'en faut de beaucoup pour qu'il en soit ainsi. Nous croyons avoir montré suffisamment la portée et le mécanisme de ces faits pour ne pas commettre de telles erreurs. Oui, tous les objets allongés, troncs d'arbres, parapluies, etc., peuvent représenter et représentent en effet le membre viril, mais il ne faut pas en rester là. Les mêmes objets peuvent symboliser un autre fait n'ayant rien de commun avec la sexualité. Chaque porte peut symboliser un orifice du corps, mais aussi, pour tel malade persécuté, la gueule d'une bête féroce. D'ailleurs Freud, lui-même, confirme indirectement cette thèse. D'après Rank, les rêves de naissance utilisent la même symbolique que les rêves

urinaires. Il explique cela par une « transformation des symboles depuis l'enfance ». Au lieu d'admettre une hypothèse gratuite d'une mystérieuse transformation des symboles, n'est-il pas plus justifié de soutenir que, par ses analogies d'éléments sensibles, cette symbolique se prête aussi bien aux rêves de naissance qu'aux rêves urinaires ? A force d'être fascinée par la nature de certains contenus, l'Ecole psychanalytique, tout en découvrant un mécanisme fondamental de la vie psychique, n'a pas su en voir la portée capitale. Ce qui est important, ce n'est pas tellement le signifié mais surtout le fait même de faire un tel emploi des objets, de les rapprocher d'une manière si différente de la pensée rationnelle. Oui, cette symbolique se retrouve, et Freud le constate, dans les mythes, dans le folklore, les légendes, les proverbes, les jeux de mots. Elle s'y retrouve parce qu'il s'agit toujours des rapprochements entre des équivalents affectifs, parce que c'est la manière habituelle d'opérer de notre pensée spontanée. La sexualité n'a pas à sa disposition des mécanismes spéciaux réservés à son usage exclusif. Sans doute, elle met en branle le mécanisme affectif plus souvent que ne le font d'autres causes, mais c'est tout. En déduire toute une mythologie sexuelle, c'est à la fois passer à côté de la véritable nature des faits et restreindre arbitrairement leur portée générale.

Le déplacement de perspective survenu dans la vie mentale s'exprime sous une forme équivalente sur le terrain du langage. L'instrument d'expression s'adapte pour pouvoir remplir son rôle. Au lieu d'exprimer des choses et des relations, le langage s'attache à nouveau à traduire des qualités sensibles, le vécu et jusqu'aux nuances de celui-ci. Le mot voit se contracter la sphère de son extension, il redevient le signifiant d'une seule partie, ou même d'un seul élément, de son contenu habituel ; le mot devient plus concret. On a vu qu'une rétraction analogue de l'étendue du mot s'opère dans le groupe des malades aphasiques (rappelons une malade pour laquelle « rouge » ne signifie qu'une seule nuance de rouge, etc.). Un pas plus loin dans cette voie, et le mot est purement et simplement éliminé et remplacé par ce contenu restreint dont il est le signe. Une malade citée par Tucek pourra nous servir d'exemple :

Pour Daumen (le pouce) elle dit Mann (l'homme) « parce que l'homme a plus souvent besoin de faire usage de son pouce que la femme ». Au lieu de « Bett » (lit) elle dit « Kuchen » (le gâteau) parce que quand sa mère était malade elle faisait apporter auprès de son lit la planche pour faire les gâteaux. Pour « Weiss » (blanc)

elle dit « schick » (envoi), ceci parce que le Bon Dieu envoie la neige qui est blanche.

Sur de tels faits on observe presque sur le vif la trame dont est tissé le langage. A son origine, le mot se rapporte à une donnée très limitée, très concrète, et ce n'est, on l'a bien vu, que grâce aux abstractions de plus en plus poussées, en corrélation avec l'extension de la pensée rationnelle, qu'il est devenu le signe abstrait et général. Chez chacun de nous, sur le plan de la pensée spontanée, le mot n'est attaché qu'à un contenu assez restreint, privilégié. Avec la montée de la pensée affective, ce fait ne manque pas de se manifester clairement.

L'activité linguistique du malade ne se limite nullement à cet emploi spécial du matériel linguistique existant. Très souvent, il enrichit ce matériel de ses apports personnels. Pour exprimer ses nouveaux contenus, le malade ne trouve pas toujours adéquates les formes existantes. Il en forme donc d'autres qui lui paraissent s'adapter mieux à leur rôle : il forme des néologismes. La glossolalie s'observe, on l'a signalée à plusieurs reprises, là où le malade a de nouveaux contenus à exprimer, donc en premier lieu dans la démence paranoïde. Comme on l'a souligné, et Schilder entre autres, c'est précisément quand le malade parle de son délire, qu'il emploie son langage néologique. Celui-ci redevient quasi-normal dès qu'il s'agit d'un événement indifférent. Tout cela est très compréhensible. On a vu ailleurs l'étroite solidarité qui unit le mot aux contenus auxquels il sert de signe. On a vu comment l'aspect sensible de ce signe changeait immédiatement avec la moindre modification du signifié. Enfin, on a vu, particulièrement grâce aux travaux de M. Granmont, à quel point l'aspect sensible du mot intervient dans le choix du mot à employer. Il existe toujours une parenté sensible entre le contenu et le mot qui cherche à l'exprimer.

Le degré de croyance que le malade prête à ces constructions n'a rien de fixe, il est éminemment variable. Cette croyance varie suivant les différentes entités nosographiques que la clinique distingue. Elle varie d'un sujet à l'autre et, chez le même individu, subit de larges oscillations. Rien n'est plus caractéristique à ce sujet que les formes cliniques décrites par Claude et ses élèves sous le nom de schizomanie simple, de rêverie morbide, de bouderie, etc... L'individu passe par des périodes pendant lesquelles ses structures réactionnelles, d'ailleurs toujours en état de grande tension, montent brusquement de plusieurs degrés dans l'échelle du réel, sans toutefois arriver à entraîner une croyance absolue.

Une malade de Borel, déjà citée, présente, à chaque approche des règles, un accès délirant dans lequel elle se voit reine d'Espagne. Après, elle déclare : je disais que j'étais la reine d'Espagne ; dans le fond, je savais bien que ce n'était pas vrai. J'étais comme l'enfant qui joue à la poupée qui sait très bien que la poupée n'est pas vivante, mais qui veut s'en persuader.

Cette croyance peut devenir absolue ; ceci a effectivement lieu dans la schizophrénie.

Dans ces passages successifs dans l'emprise qu'exerce la pensée affective sur le psychisme, il faut placer, tout au début, un groupement très mal défini, la psychasthénie. Ici, la fonction pragmatique, à cause de sa faiblesse, n'arrive pas à remplir son rôle habituel de freinage, de refoulement. Peu importe si l'on appelle cela doute morbide, piétinement mental, ce ne sont que des aspects particuliers d'un même fait : l'activité pragmatique traîne à sa remorque, sans pouvoir s'en débarrasser, les divers complexes réactionnels. Comme l'a dit excellemment Hesnard, les malades sont obsédés par ce qu'il ne faudrait pas qu'ils pensent pour penser comme ils le jugent nécessaire, ou conformément à un certain idéal inconscient tyrannique. En effet, quand on examine ce qui se cache derrière ces phobies, ces obsessions, on ne manque pas d'être frappé par le fait que le plus souvent ce sont des réactions d'ordre moral en face de certains contenus venant de la profondeur de la vie mentale. Cette peur d'avoir tué ou de tuer quelqu'un, ces femmes qui éprouvent l'envie de se masturber au moment de leur confession ou devant le crucifix, telles autres continuellement occupées, à leur plus grand désespoir, à remâcher les pires grossièretés sexuelles, tout cela n'est que manifestation normale d'une pensée spontanée où certains instincts peuvent s'épancher dans une liberté relative. Tout cela peut passer et passe effectivement par la tête de l'individu le plus paisible, le plus façonné par le dressage social. Les romanciers modernes se sont attachés à décrire ce côté du psychisme. Dans la psychasthénie, ces à-côtés de la vie mentale provoquent une résonance particulière, non par leur propre intensité, mais par l'épuisement du terrain, qui ne permet pas de les maintenir dans la pénombre comme cela se passe habituellement.

Si l'on jette maintenant un coup d'œil en arrière, on peut dire que dans ce sous-chapitre nous avons tâché de mettre en évidence trois aspects principaux du délire. Le premier tient au travail de compensation imaginative effectué par des impulsions,

volitions, désirs forcés de se soumettre, presque à chaque instant, à la contrainte du réel sous ses deux formes, physique et sociale. Un autre aspect lui vient de la manière dont s'effectue l'élaboration perceptive de l'ambiance. Un troisième enfin est déterminé par une activité qui s'exerce dans un sens opposé aux activités qui sont à la base des deux aspects précédents. Elle consiste dans une traduction des états intérieurs, « des nébuleuses », par des entités affectives appropriées. Ces trois aspects ne font qu'exprimer les modes habituels de s'exercer d'une même et seule pensée, la pensée affective. Celle-ci opère suivant un mécanisme qui lui est propre et partout identique à lui-même. C'est ce mécanisme qui fait la parenté des états tels que le rêve, rêverie, psychasthénie, et de ces psychoses aux limites floues, qui trouvent leur aboutissement et leur expression la plus complète dans la démence paranoïde. C'est encore ce mécanisme qui se manifeste dès que notre pensée spontanée prend le dessus sur l'activité pragmatique. En faisant cette démonstration, nous pensons avoir contribué pour notre part à une œuvre utile de synthèse, et élargi l'horizon rétréci d'une manière excessive par certaines interprétations de l'Ecole psychanalytique. Celle-ci, fascinée par certains à-côtés, n'a pas su tirer toute la valeur des faits dont la plupart furent signalés ou étudiés par elle. En montrant leur véritable portée, du même coup, on en a déplacé le centre de gravité, par cela même supprimé les limites étroites dans lesquelles les a enfermés l'Ecole psychanalytique. D'autre part, on s'est attaché à signaler en passant ce qu'il y a de précaire dans l'équilibre, pensée rationnelle et pensée affective. Les structures dues à l'activité de compensation se trouvent presque continuellement dans un état de suppression. Au moindre relâchement de l'activité pragmatique elles font irruption sur le plan supérieur. Tous les passages s'observent dans cette œuvre d'émancipation. Il semble donc justifié, comme l'a proposé Claude, pour des raisons qui ne sont pas tout à fait identiques aux nôtres, de constituer sous le nom de « schizose » un groupement nosologique englobant aussi bien l'hystérie (ce qui en reste) que la psychasthénie, la schizomanie, la démence paranoïde. Un tel groupement se caractérise par un bouleversement dans la hiérarchie de divers systèmes, par l'ascension et la libération plus ou moins complète de certains d'entre eux. Des formes de passage insensibles permettent de suivre presque pas à pas la progression du mal qui, le plus souvent, s'exprime par l'intensité de la croyance que les structures réactionnelles arrivent à susciter et par la place qu'elles s'adjugent dans la totalité de l'activité mentale. L'hys-

térie y trouve sa place à cause de l'aptitude à passer immédiatement de l'idée à l'action. C'est dans cette aptitude que consiste la caractéristique essentielle de l'hystéric, ainsi que Claude l'a souligné à plusieurs reprises, et tout récemment encorc, et non dans la suggestibilité comme on l'admet généralement. En effet, ici la pensée spontanée ne se contente plus de se hisser au premier plan, mais se prolonge sur le plan moteur. Dans ces accès, l'hystérique donne libre cours aux constituants de sa pensée spontanée. Il « joue » ses complexes de compensation de toujours, ou même, d'un seul instant. Pour la même raison, il « joue », ou plus exactement, il se voit dans l'obligation de « jouer » tous les autres constituants de sa pensée spontanée, ceux qui lui sont indifférents et même ceux devant lesquels il a une attitude hostile. Ce fait fut signalé non sans étonnement, par plusieurs auteurs, on en voit maintenant la raison.

Nous croyons maintenant avoir suffisamment mis en relief, par tout ce qui précède, la parenté et l'enchaînement rigoureux de tous les états schizos dus à un trouble de hiérarchisation.

(A suivre).

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du Lundi 27 Novembre 1939

Présidence : M. LAIGNEL-LAVASTINE, président

Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du lundi 23 octobre 1939 est adopté.

Correspondance

La correspondance comprend :

une lettre de M. le D^r MARCHAND, membre titulaire, qui demande à être nommé *membre titulaire honoraire* ; M. le D^r MARCHAND étant membre titulaire depuis plus de dix ans (30 janvier 1911), est élu membre titulaire honoraire de la Société ;

des lettres de M. le D^r GÉRAUD, médecin des Hôpitaux de Toulouse ; de M. le D^r PLANQUES, médecin des Hôpitaux de Toulouse ; de M. le D^r MENDER, médecin de l'Hôpital psychiatrique de Bégard (Côtes-du-Nord) ; de M. le D^r Y. LONGUET, médecin des Hôpitaux psychiatriques, qui demandent à faire partie de la Société au titre de *membre correspondant national* : la Société désigne une commission composée de MM. Xavier ABÉLY, COLLET et LAIGNEL-LAVASTINE pour l'examen de ces candidatures ; le vote aura lieu à la séance du lundi 18 décembre 1939 ;

des lettres de M. le D^r NAYRAC, *membre titulaire*, et de M. le D^r ROUART, *membre correspondant national*, mobilisés, qui informent la Société de leur adresse actuelle.

Date des prochaines séances

Le quatrième lundi de décembre coïncidant avec la fête de Noël, l'Assemblée générale et la séance ordinaire du mois de décembre se tiendront le troisième lundi du mois, c'est-à-dire le 18 décembre 1939.

A la demande de plusieurs membres de la Société, une *séance supplémentaire*, réservée à des *démonstrations anatomo-pathologiques* et éventuellement à des *présentations cliniques*, aura lieu le jeudi 18 janvier 1940, à neuf heures trente, à l'Hôpital Henri-Rousselle (amphithéâtre Magnan).

La *séance ordinaire* du mois de janvier 1940 aura lieu le lundi 29 janvier 1940, à 16 heures, au siège de la Société, 12, rue de Seine.

Avis relatif à la longueur des communications

M. le Président rappelle qu'en application des dispositions limitant le volume des périodiques à la moitié du nombre de pages publié en 1938, les auteurs des présentations et communications à la Société ne pourront plus disposer que de *six pages* de texte des « Annales Médico-psychologiques » pour leurs communications ; aucune exception à la règle ne pourra être acceptée.

COMMUNICATIONS

Définition de l'érotomanie, par M. J. FRETET.

Après la sémiologie parfaite laissée par Clérambault, aucune tentative nouvelle d'identification clinique de l'érotomanie n'aurait eu raison d'être, si le schéma du maître était aussi constamment applicable qu'il est admirablement descriptif, ou explicatif, selon les cas. Mais il semble que la systématisation à partir d'un postulat ne soit pas spéciale à l'érotomanie, que le postulat ne soit pas générateur mais expression du délire, et surtout qu'il existe des érotomanies sans postulat. Le postulat est l'expression commune d'éléments psychologiques et pathologiques multiples. La même cause fait sa fréquence et son inconstance : sa signification est nombreuse.

a) *Eléments psychologiques tenant à la passion de l'amour.* — L'insoumission érotomaniaque à l'évidence se distingue difficilement de certaines illusions habituelles de la passion amoureuse normale.

1. — Dans l'attrait du plaisir et l'espérance, l'amoureux s'apprécie et se juge capable de succès. La passion le pousse à poursuivre sans tenir aucun compte de la disposition sentimentale de l'objet, avec « une précipitation de pensées qui se porte d'un côté sans examiner tout » (Pascal). Cette manière d'illusion de la passion serait constante, inévitable et ne pourrait être dissipée. C'est ce que prétend Pascal. En s'opposant aux contacts directs, la position élevée de l'objet réalise un éloignement propice à la naissance et au développement de l'illusion. Le postulat est un corollaire obligé de l'amour pour la reine. « Qui s'avise de devenir amoureux de la reine, à moins qu'elle ne fasse les avances » (Stendhal).

2. — Cette illusion à la fois inébranlable et labile n'est que la phase heureuse des intermittences du cœur. Aucune idée prévalente, continue, statique, ne peut exprimer une relation affective, rémittente, liée essentiellement à l'activité de la poursuite, aux péripéties du scénario. C'est ainsi qu'au premier postulat décrit : « l'objet aime le premier et aime le plus », Clérambault ne tarde pas à en substituer un second « plus large que le premier et impliquant que l'objet peut bien haïr ». Les intervalles de doute s'intègrent dans ce postulat deuxième manière ainsi que la possibilité d'idées de jalousie.

3. — L'espérance anticipe la possession. Aucune autre passion que la passion amoureuse n'emprunte autant à la rêverie. Les conversations intimes avec l'objet sont habituelles pendant la séparation. L'amoureux s'y répond à soi-même selon son désir. Les obstacles les plus grands ne découragent pas les Céladon les plus timides. « L'amour même en ses plus humbles commencements est un exemple frappant du peu qu'est la réalité pour nous » (M. Proust).

b) Eléments psychologiques tenant au caractère et au sexe. —

1. L'orgueil ne semble pas avoir un rôle aussi important que celui qu'on lui attribue communément. La libido de l'érotomane n'est pas de domination, mais de séduction. Il entend intéresser l'objet à ses faiblesses autant qu'à ses qualités. S'il est orgueilleux, c'est sans amour-propre, toujours accessible au compromis. Le véritable orgueil paranoïaque, au contraire, veut avoir raison contre tous, quoiqu'il puisse lui en coûter. L'idéal de l'un « seul et sauvage » fait le désespoir de l'autre.

2. — L'avidité et l'ambition habituelles de l'amour féminin jouent un plus grand rôle. Si la femme est moins attachée que l'homme à la conquête de la beauté et plus à celle du caractère, c'est que ce dernier a une signification sociale. Goût de dépen-

dre, cette manière d'aimer implique l'inversion érotomaniaque. L'illusion délirante d'être aimé est le plus souvent l'espoir délirant d'être entretenu. Si naturel chez la femme qu'il est compatible avec un vrai désintérêt, cet attachement, lorsqu'il se manifeste chez l'homme, est caricatural. Ainsi Falstaff voyant la fortune lui sourire sous les apparences des femmes.

3. — Ailleurs, le postulat ne signifie pas que la malade n'a pas aimé la première et le plus, mais qu'elle se défend d'avoir pris aucune initiative, qu'ainsi il n'y a pas à craindre une compromission à la légère, que l'aventure est sûre et suit le cours traditionnel. Le postulat est de convenances.

c) *Eléments psychologiques tenant à la situation* de colloqué à laquelle le malade pense se soustraire en arguant de la légitimité de sa poursuite, en en faisant la preuve par tels témoignages favorables qu'il dit avoir reçus. Cette argumentation peut concourir à renforcer des tendances initiales à interpréter favorablement ; elle n'en est pas moins secondaire. Une telle défense explique le recours si fréquent aux mensonges. De multiples interprétations et postulats ne sont pas autre chose. L'aliéniste pense plus à la perversité du jugement et moins à celle de l'intention. Il emploie les euphémismes psychiatriques d'illusions du souvenir et de pseudo-constats ; l'explication par le mensonge répugne moins au délirant. Il en est ainsi dans l'observation de Louis G. donnée par Clérambault comme type d'érotomanie pure. Dépit par « le lâche abandon » de sa femme, refusant de se résoudre à accepter son divorce, attribuant celui-ci à l'hostilité de ses beaux-parents, Louis G. poursuit son ex-femme. Elle doit revenir vivre avec lui ; si elle s'échappe, il la suivra partout ; il descendra le rival. Si elle se remarie, 15 jours après il sera son amant. Cette déclaration signifie moins la certitude d'être aimé que l'intention d'intimider, l'affirmation d'avoir toujours sur sa femme les mêmes droits, le rappel à la soumission à un ascendant auquel on ne résiste pas. C'est si peu la preuve d'une perversion du jugement et si bien celle d'une intention perverse que ce prétendu postulat s'exprime par des mensonges que Clérambault signale : « ma femme m'aimait tant qu'elle s'est jetée à l'eau pour moi ». Les conditions dans lesquelles Louis G. produit les preuves qu'il est aimé suffiraient à la critique de la sincérité de la conviction prétendue. Colloqué, il pense qu'il ne dissipera la suspicion de folie et la menace d'internement qui pèsent sur lui qu'en faisant la preuve de la régularité de sa conduite, c'est-à-dire des dispositions favorables de sa femme : « Que me demande-t-on ? rétorque-t-il, des preuves

de l'amour de ma femme... » Suit l'énumération dont est issu le postulat. On ne saurait mieux le nommer que : postulat de justification.

Expression commune d'obligations psychologiques extrêmement différentes, le postulat, quelle que soit sa signification, met l'accent sur la condition du sujet, dépendante de l'objet. Celle-ci est fondamentale, constante et unique. Elle oppose le sentiment d'infériorité du malade au caractère providentiel de l'objet. C'est à ces facteurs en deçà du postulat qu'il faut demander un système de l'érotomanie, plus sûrement applicable à toutes les formes de celles-ci que les constructions intellectuelles établies au delà du postulat.

DÉFINITION ET COMMENTAIRES. — L'érotomanie (notion sémiologique) est le délire ou la poursuite morbide d'une liaison providentielle. Le premier terme :

1° *L'érotomanie est un délire où une poursuite morbide implique l'existence d'érotomanies sans postulat.* Ce sont les poursuites érotomaniaques, formes passionnelles pures. Elles réalisent, à l'état de pureté, ce syndrome érotomaniaque dont le maître écrit : « Ce délire érotomaniaque est un syndrome passionnel morbide ; ce n'est pas un délire interprétatif. » Ce qui revient à dire (la réserve n'attribuant évidemment pas le délire au mécanisme hallucinatoire ou imaginatif) : la variété passionnelle pure du délire érotomaniaque n'est pas un délire. C'est une conduite passionnelle, pathologique par le terrain sur lequel elle évolue (hypomanie, constitution déséquilibrée, paranoïaque, perverse, dispositions schizophréniques), mais sans motivation rationnelle première. Une note laissée par Clérambault en marge de l'interrogatoire d'une malade, et découverte grâce à la complaisance de M. Brousseau, est caractéristique de la religion du maître en présence d'un de ces cas d'érotomanie pure, non délirante. La malade qui se refusait absolument à attribuer à l'objet un penchant favorable, l'avait pourtant poursuivi d'une façon typiquement érotomaniaque. La note est cette citation de Renan : « Les faits sont le critérium de la pensée. » Invoquer ici une pensée à priorique inavouée, justifiant toute la conduite pathologique, c'est attribuer à la passion morbide une logique rationnelle qu'elle n'a pas. Un état affectif puissant réalise une systématisation presque primitive. Il se passe de tout fondement logique. Selon la remarque de Descartes, en cette matière « l'esprit ne commence rien ». Le système de Clérambault représente l'espoir comme lié à une série de développements logiques, établis à partir d'une formule délirante initiale, inac-

coutumée, presque insolite, alors qu'au contraire, lorsque ce postulat existe, ce n'est que l'épanouissement maladif de hantises anciennes, profondément intégrées à la personnalité : hantises de l'entreteneur et du protecteur, appétences qui tiennent au développement libidinal tout entier du malade, ont été longtemps inexprimées — contenues ou satisfaites — mais s'imposent aujourd'hui à l'occasion de conditions nouvelles. Dans les formes passionnelles pures, il n'existe pas de postulat, mais à un examen rapide qui ne considère que la période pathologique, qui essaie de formuler un système explicatif rendant compte des singularités de la conduite, à cet examen donc où le persécuteur amoureux colloqué essaie de justifier sa conduite dans l'espoir d'être libéré, *tout se passe comme si* il y avait un postulat. La lecture des quatre cas purs de Clérambault le prouve.

Premier cas. — Léontine D. Le postulat est exprimé ; il a une signification délirante ; il s'accompagne de thèmes dérivés. Mais ce cas présenté comme purement rationnel l'est si peu que Clérambault fait des réserves : « Pour toutes ces raisons peut-être sommes-nous au début d'un délire polymorphe à extension graduelle ; l'érotomanie ne serait alors chez cette malade que prodromique. »

Second cas. — Louis G., érotomane de son ex-épouse. Son postulat artificiel est le type même de ce que nous avons appelé : postulat de justification. S'il y a en Louis G. une illusion, c'est celle qu'il pourra reconquérir sa femme, espoir du passionnel normal dont Clérambault écrit : « Tous ses efforts partent de l'idée qu'il pourra et peut se faire aimer, *donnée exactement inverse du postulat.* »

Troisième cas. — Renée-Pétronille S., fille publique entretenue, érotomane d'un policier qu'elle poursuit incoerciblement pour l'amener à vivre avec elle en ménage à trois. Etat mental hystériforme. Simulation de crises. Elle l'aime toujours depuis cinq ans ; elle ne le lâchera pas ; elle le harcèlera s'il refuse. Affirme avoir été sa maîtresse, l'accuse d'avoir essayé de la violer, de vouloir se venger d'elle parce qu'elle a repoussé ses avances. C'est de tels éléments qu'est tiré le postulat « je suis aimée », conviction permanente pour le psychiatre, pour la malade mensonge absolu. Exemple de postulat issu d'un système de défense perverse, forme maligne du postulat de justification.

Quatrième cas. — Henriette H., persécutrice amoureuse d'un prêtre depuis 37 années, et si peu illusionnée qu'elle appelle l'objet « L'Insensible ».

Aucune de ces observations d'érotomanie pure ne nous montre un délire intellectuel avec postulat et thème dérivés. Ce composé est le fait des érotomanies à substratum qui sont seu-

les des délires. Les commentaires doctrinaux de Clérambault ne se rapportent pas également à toutes ses relations cliniques. Clérambault a observé des formes délirantes d'abord et en a tiré son système. Il en a rapporté une observation dès 1913 et a déclaré en 1923 qu'il s'intéressait à la question depuis 23 années. Ainsi que nous en avons trouvé la preuve dans ses notes manuscrites, Clérambault avait ses formules toutes prêtes, tirées de l'observation de cas secondaires, lorsqu'il les a exposées en 1920, 1921, 1923. Découvrant après coup les cas purs, il est légitime que le maître ait voulu en illustrer son système, sans l'affaiblir par la réserve d'un postulat parfois implicite. C'est ainsi qu'il a fait du postulat et de ses dérivés le syndrome commun à toutes les formes, rangeant dans l'érotomanie, au nom d'un postulat qu'elles ne présentent pas, les observations de formes pures. Celles-ci y sont cependant à leur place, car toutes mettent l'accent sur l'attitude de sujétion du malade à un objet providentiel. Ainsi la labilité de la conviction, en laissant place pour le doute, n'est pas le seul facteur rendant possible l'association érotomanie-jalousie. Il y a des érotomanies sans postulat.

2° *Caractère providentiel de l'objet.* — 1. La position élevée de l'objet est une notion bien connue ; Portemer l'avait mise en valeur. Clérambault ne l'a pas séparée du postulat fondamental, elle y est rattachée entre parenthèses en *nota bene*. Cependant l'expression de position élevée de l'objet n'exprime pas assez ce que le malade en attend, cette dépendance qui est un des facteurs affectifs essentiels de la psychose. C'est pourquoi nous préférons parler de caractère providentiel de l'objet. C'est là le maître symptôme de l'érotomanie. Il n'est pas un seul exemple de son défaut. L'objet peut ne pas nous paraître providentiel, il l'est certainement aux yeux du malade. Il s'y présente toujours sous quelques traits qui peuvent être larvés, mais qui sont toujours pour le sujet autant de promesses d'aide, d'assistance, de réconfort.

2. — Le goût de la sujétion à un objet providentiel fleurit sous son plus favorable climat : celui d'un sentiment d'infériorité profonde. Une enfance malheureuse se retrouve habituellement dans l'histoire des érotomanes. Ils sont orphelins ou abandonnés par les leurs. S'ils ont été choyés, ils se plaignent de ne pas l'avoir été assez ou de ne plus l'être ; état que réalise la mort prématurée des parents, l'absence ou l'abandon de l'époux, état que favorisent les infirmités, la maladie ou la misère habituelles à l'époque où éclôt le délire.

3. — L'amour n'exprime pas le véritable attachement de l'éro-

tomane. Les seules jouissances qu'il suppose ne sont pas celles qui tiennent à ce que l'objet a de charmant, mais à ce qu'il a de providentiel. Le platonisme que Clérambault n'avait pas nié, mais qu'il avait seulement écarté en tant que symptôme fondamental, ce platonisme est en réalité dépassé dans l'érotomanie. L'amour n'y est qu'un langage emprunté. Ce n'est pas plus l'orgueil qui est en cause : c'est l'avidité.

Nous avons formulé il y a deux ans l'hypothèse psychanalytique selon laquelle l'objet de l'érotomanie serait un substitut maternel. Il représenterait la famille meilleure ou retrouvée par sa position toujours élevée, l'état de sujétion que réclame le malade, l'engrènement de cet espoir sur des conditions sociales malheureuses, l'attribution à l'objet de l'initiative d'un amour incestueux interdit, le platonisme consécutif de celui-ci, l'intrication fréquente des thèmes d'érotomanie et de filiation, intrication où l'objet du délire amoureux est toujours un substitut de la mère du roman familial. A cette hypothèse manquait la consécration d'un fait de poursuite érotomaniaque de la mère. C'est ce fait que nous avons rapporté ici avec M. X. Abély en octobre 1938.

M. CODET. — Je m'associe volontiers à l'interprétation de l'attitude érotomaniaque par un mécanisme psychanalytique du même type que la revendication affective, comme j'ai essayé de le dégager dans la mentalité hystérique. Ceci explique, dans les deux cas, l'obstination inlassable, même contre tout intérêt bien entendu.

Cette obstination contre faits évidents et raisonnement est la règle. Je voudrais en citer une exception : une malade, qui avait subi de nombreux déboires, aggravés par son caractère difficile, fait, en 1932, une crise dépressive, que je suivis en Maison de Santé. Durant sa crise, elle fit preuve d'un caractère désagréable, maussade, auquel j'opposai une sérénité bienveillante et patiente. Peu après la guérison de la dépression et la sortie de la malade, j'en reçus une lettre de type nettement érotomaniaque : elle avait bien compris ma façon de faire, ma sympathie déguisée sous une allure de correction froide, etc. Ici, le caractère providentiel de sa découverte se manifestait par l'espoir formulé que je lui trouverais un emploi. Une lettre franche et ferme de ma part me valut une réponse d'excuses et l'affirmation qu'elle s'était trompée. Par la suite, j'ai eu de ses nouvelles et tout est resté dans l'ordre.

Ce cas m'a paru assez rare par son évolution favorable rapide, après une manifestation plutôt inquiétante.

**Discussion d'un diagnostic d'érotomanie pure,
par MM. J. FRETET et H. DUCHÊNE.**

La remarquable observation d'érotomanie présentée ici en décembre 1938 par M. Heuyer et Mme Gaultier méritait sa part à l'hommage fervent des critiques que l'œuvre de Clérambault suscite. Il ne lui a pas manqué. M. Heuyer voudra bien agréer en même témoignage ces quelques réflexions, et M. Dublineau, qui nous permet d'étudier un malade de son service, notre gratitude.

A. RÉSUMÉ DE L'OBSERVATION DES AUTEURS. — Yves, vieux garçon. 45 ans, après aventures et déboires (chasse aux singes, etc...), devient représentant de la fabrique de frigidaires Aufrais. Il a réussi, puis chômé. Il a fait connaissance, dans un café, de la fille du patron : Valentine, l'a demandée en mariage, sans aucun accord préalable, a été éconduit, n'en a pas moins continué à l'importuner pendant deux années et demi, malgré le mariage de l'Objet avec M. Mari entre temps. Il ne considère pas Valentine comme véritablement mariée ; il ordonne à M. Mari d'épouser celle-ci. Yves est convaincu que Valentine l'aime. Elle a entrepris de le protéger en commanditant la firme Aufrais. « Elle dirige tout le monde, elle matraque tout le monde ». Pour se rapprocher d'elle, il lui a envoyé une traite et un télégramme qui seraient l'un et l'autre faussement signés Leriche, nom d'un client. En le faisant interner, Valentine le soumet à une épreuve. Elle veut l'assagir. Absence de jalousie. Nombreuses lettres de contenu incohérent. Imprégnation alcoolique. Aurait contracté la syphilis il y a 15 ans. Dysarthrie. Ponction lombaire négative. Commentaires : orgueil dominant, postulat, conversations indirectes avec l'Objet, protection continuelle et conduite paradoxale de celui-ci, il est libre ; sympathie générale suscitée.

B. ÉLÉMENTS NOUVEAUX APPORTÉS ICI. — 1° La sthénie, l'assurance, la hablerie qui existaient au début, en rapport avec l'intoxication alcoolique, ont disparu, avec elle, l'apparence d'orgueil. L'aspect est aujourd'hui tout différent. Les idées de satisfaction sont relatives à l'intérêt général qu'Yves croit susciter, et aucunement à la surestimation de soi-même. Il exprime à chaque instant des idées d'infériorité physique, sociale, intellectuelle surtout. « On m'a toujours pris et j'ai toujours agi comme un imbécile. » Plusieurs fiançailles antérieures ont été rompues « parce que la plupart du temps on m'a pris pour un imbécile ». L'objet le fait passer pour un idiot, et au café on lui répète : « Tu es un imbécile et un idiot, tu ne comprendras

jamais que c'est toi qui devrais être assis à la caisse ». Cette intimation est très remarquable. Elle montre que les interprétations les plus favorables ne suffisent pas à engager Yves à poursuivre. Il faut que les étrangers voyant sa passivité le stimulent. Il accuse son manque d'initiative, sa stupidité. Ce sentiment d'infériorité conditionne un véritable goût du désistement et de l'échec : ordre donné au rival d'épouser celle qu'il aime ; surprenant préambule à la première déclaration d'amour faite en ces termes : « Mademoiselle, figurez-vous qu'en me regardant dans le miroir ce matin, je me suis trouvé une tête d'imbécile ! » Yves accepte la loi de l'objet qui veut « l'assagir » avec le même goût de l'assujétissement qu'il réclamait quelques années avant de sa mère, lorsqu'il confiait à la vieille dame son pécule en se disant incapable de le gérer. Ce sentiment d'infériorité fleurit sous le climat d'une fixation maternelle tenace. La mère est morte en août 1938, l'internement d'Yves a suivi trois mois après. Il dit avoir été très surveillé et très gâté, élevé seul au sein, et pour cette raison préféré à son frère ; il dit que sa mère était alors jalouse de la tendresse du jeune enfant pour son père, etc... « Elle appréhendait l'idée de mon mariage, de l'amour pour moi d'une belle-fille qui eût rivalisé avec le sien. Elle me disait : « J'irai avec toi et je t'avantagerai. » Yves affirme qu'il ne s'est pas marié eu égard à l'autorité maternelle qu'il redoutait. « Ce qui a beaucoup influé sur ma vie, ajoute-t-il, c'est que mon père est mort lorsque j'étais très jeune. Il n'y a plus eu son autorité à la maison. » Or, lorsque le père est mort, Yves avait 21 ans.

2° Les « reliquats délirants incoordonnés absurdes » que signalent les auteurs et qui les ont fait penser à la paralysie générale s'accordent avec la présentation actuelle de dément ; malade fatigué, dysarthrique, embarrassé, ralenti, incapable de donner les dates à deux années près d'événements importants de sa vie, éloignés ou récents. Il aurait vécu deux années à la Côte d'Ivoire, après quoi à Monaco, puis dans la Ruhr. Ce qu'il nous a raconté dans une succession inverse. Mis en présence de ces contradictions, il a été incapable de les résoudre après une longue méditation, d'indiquer la durée de ses séjours à un an près. Le déficit apparaît aussi évidemment dans la défense du malade contre l'accusation d'avoir imité la signature Leriche sur une traite. Désarroi d'un homme profondément troublé, affaibli, ne sachant plus, après trois assertions, ce qu'était la première, conscient de sa maladresse, se plaignant de ne plus trouver ses mots, se débattant moins contre l'interrogateur que

dans sa propre gêne, finissant par abandonner toute disculpation : « mettez que j'ai fait un faux », ou « tout cela est du passé ». Bonne critique des phrases absurdes, mais lenteur de toutes les opérations, hésitations et oublis par défaut d'attention dont le malade a conscience, qu'il tente de dissimuler.

3° Sur ce fonds se développe une conviction délirante, labile, confuse, étendue et déréelle. Certaines expressions du malade trahissent l'existence d'un délire plus vaste. Le terme « matraquer » est comme un soupirail ouvert sur un délire souterrain. La réticence cache à la fois la conviction délirante et la conscience d'une pensée troublée. « J'ai cru à un tas de choses imaginaires... Si je vous dis cela, vous allez penser que je suis fou..., etc. ». Le malade interrogé censure son roman, abandonné il l'enrichit. L'érotomanie emploie les procédés d'extension imaginative et déductive dans l'édification des thèmes de Clérambault jusqu'à des cogitations délirantes, symboliques, absurdes, incoordonnées. « Je suis marié avec elle, mais elle ne l'est pas avec moi, parce qu'elle est mariée avec son mari... etc. » Le secteur est brisé.

4° Enfin, parce qu'il est typiquement érotomaniac, l'attachement du malade à l'objet est si peu amoureux et si cyniquement cupide qu'il grossit le cours du délire d'une source abondante de thèmes étrangers à la description de Clérambault. Le postulat du Maître cède ici la priorité à cet autre postulat, qui l'a précédé, le dépasse largement et le conditionne : « je suscite un intérêt providentiel ». « Je lui ai dit : « je ne peux plus rien faire ». J'avais été chômeur pendant six ou sept mois à ce moment là. Je m'en suis remis à elle pour qu'elle fasse ce qu'elle voulait. » « M. D. m'avait dit : « Monsieur Yves, vous allez devenir directeur de la Firme Aufrais. Il y a une personne qui s'intéresse à vous... Alors, allez-vous vous marier bientôt ? — J'ai répondu : oh ! pensez-vous, elle (l'objet) n'a pas le sou. — Ne croyez pas cela, a-t-il dit ». Je m'étais figuré qu'elle voulait me lancer dans la crème glacée, qu'elle avait peut-être besoin de matériel frigorifique. » « Je crois qu'elle avait peut-être essayé de me trouver quelque chose ou de m'aider. » Lorsque Yves a fait la connaissance de Valentine, il a d'abord supputé trouver en celle-ci une commanditaire. Il était alors fiancé avec une amie de Valentine. Les desseins matrimoniaux ont été précédés d'espoirs d'entreprise commerciale. « La jeune fille qui tenait la caisse du bureau de tabac où j'allais me fournir était l'amie de ma fiancée. On devait faire une affaire à quatre : Valentine et son fiancé, ma fiancée et moi. Ce sont les fem-

mes qui ont monté ça parce qu'elles savaient que je n'avais pas des moyens illimités et que j'avais besoin d'être aidé. » « Valentine m'avait fait comprendre qu'elle me donnerait 50.000 francs pour me lancer. » Yves rompt alors avec sa fiancée et demande la main de Valentine. « J'ai cru qu'elle voulait, comme toute jeune fille, aider son fiancé ou son mari, qu'elle avait quelque chose dans une entreprise. » Dans les lettres écrites en état d'ivresse le caractère providentiel de l'objet est représenté en symboles... Le promis de la « petite reine » est le prince « qu'on sort », il aura gouvernantes... et chambellans, etc... Dans une lettre adressée aux parents de l'objet, Yves révèle avec cynisme la nature de son dépit. « Si votre fille m'avait dit : « Je veux vous aider, j'ai 50.000 francs à placer, ou 20.000, ou moins, ou plus, alors je lui aurais répondu : vous êtes une brave petite fille. Mais non, elle est allée trouver un salopard qui m'a fait crever de faim. » Il n'est pas jaloux, mais dépité dans son envie. Il reproche au mari d'avoir épousé l'objet « pour manger, dormir et fumer gratis, pour mettre un autre homme dans la merde... le faire ramper... en faire un chômeur et ne pas même lui offrir une croûte de pain ». Lorsqu'il promet de renoncer à poursuivre Valentine, il le fait en des termes qui sont l'acte de contrition même de Falstaff : « Bien que je ne sois pas un homme parfait, je certifie dès à présent que je n'aurai jamais le droit de spéculer sur l'amour d'une femme dans un but intéressé ou pour obtenir des dommages-intérêts quelconques. »

C) DISCUSSION. — 1° Nous ne croyons pas qu'il s'agisse ici d'un cas d'érotomanie pure. Les cas purs finissent sans démenche ; le cas présent commence par là. Dans les cas purs, les conceptions sont complètes d'emblée, ici le thème se corrige, se précise et s'étend progressivement. Les cas purs ne subissent d'addition que sous forme d'idées ambitieuses ou de persécution polarisées. La bienveillance à son égard qu'Yves attribue aux médecins est sans rapport avec la sympathie générale suscitée par le roman ; de même l'attitude attribuée à l'ex-fiancée et celle, paradoxale, du mari qui veut lui aussi favoriser les affaires commerciales du rival. Ces protections et concours, incoordonnés dans un thème érotomaniac, sont au contraire concordants dans un thème plus large de la bienveillance générale d'autrui. L'expression « matraquer partout » et la réticence qui l'accompagne évoquent une persécution à secrets et ramifications. La conscience partielle de l'état morbide s'exprime à chaque instant. Autant de témoignages d'un enrichissement inter-

prétatif et imaginaire diffus et incertain. Tandis que la méconnaissance des cas purs est fréquente même par un expert, et significative à tel point qu'on pourrait dire que leur méconnaissance est le test de leur reconnaissance, les cas à substratum paraissent évidemment vésaniques au plus profane. Le cas Louis G., de Clérambault, a opposé passionnément le certifié à certains confrères qui nièrent l'état pathologique et provoquèrent de nombreuses commissions de surexperts. Même bataille au sujet de Renée-Pétronille S.. Les médecins de l'Infirmerie Spéciale ont dû rédiger et signer en commun le certificat qui figure dans la publication de Clérambault. Plus récemment, le cas Alt., que nous avons décrit, a inspiré à MM. Heuyer et Dupouy des conclusions opposées et inconciliables : « n'est pas un délirant, à relâcher — est un délirant, à interner ». La différence d'interprétation des symptômes de l'érotomanie pure tient à ce que le postulat n'y est habituellement qu'implicite. Ce n'est pas un délire intellectuel, mais une conduite pathologique où tout se passe comme si. Lorsque dans un cas pur le malade démontre qu'il est aimé, cette assertion n'a pas le sens d'une pensée délirante mais d'une légitimation mensongère de sa poursuite, d'un souci féminin de n'avoir pas pris l'initiative, d'une accusation perverse ou hystérique (postulat de défense, de justification, d'accusation, de convenances) ; aussi communique-t-elle souvent une conviction semblable à l'entourage, au magistrat, voire à l'aliéniste. Le récit est à structure de réalité. Inversement, le postulat délirant des formes à substratum se développe en conceptions vésaniques avérées, même dans les évolutions les moins désagréatives. Le roman érotomaniaque qui constitue habituellement l'ensemble des thèmes dérivés de Clérambault exclut la notion de pureté d'un cas. Ce qu'il y a de constant dans la formule : « l'Objet est libre, le mariage n'est pas valable », ce ne sont pas ses termes mais l'esprit politique érotomaniaque d'insoumission générale à tout obstacle. Louis G., type pur, ne nie pas la réalité de son divorce et du remariage de l'Objet, son ex-femme, il refuse d'accepter la chose jugée. Ce refus paranoïaque ne peut être comparé à la négation schizoïde d'une union qui n'a été qu'un simulacre, sosie de prêtre et mariée chloroformée. Les thèmes dérivés véritables que présente cette observation : 1° sympathie générale, qu'exprime le colloque des deux infirmiers : « il faut faire vite », ce qui signifie : « l'Objet nous a soudoyés, nous sommes à vos ordres », 2° conversation indirecte avec l'Objet par le truchement d'un morceau de crêpe noir accroché à une grille, symbole de la participation de l'Objet au

deuil du malade ; ces thèmes dérivés traduisent un délire systématique, interprétatif et de rêverie ; l'érotomanie est à *substratum*.

2° Les auteurs nous ont honoré en écrivant que « la tendance des érotomanes à se faire entretenir se vérifiait dans cette observation ». Nous ne pensons pas cependant que ce soit de façon accessoire. L'attachement pathologique, délirant ou non, d'un sujet en conflit d'infériorité à un Objet providentiel, attachement dont le langage amoureux n'est qu'emprunté et la nature orgueilleuse contingente ou nulle, ce système clinique et étiologique de l'érotomanie est illustré par cette observation d'une façon complète tant pour la sémiologie que pour les prémonitions affectives.

Le malade est introduit :

D. — Lorsque vous avez fait la connaissance de Mme P., quelle fut votre première impression ?

R. — Elle tenait un café. Tout le monde peut entrer dans un café ; c'est un lieu public.

D. — Avez-vous eu quelques familiarités avec elle ?

R. — C'est une tenancière de café... Une chose est certaine : c'est que j'ai plein le dos de cette affaire, je ne demande qu'à aller en Bretagne, je veux bien m'arranger à l'amiable avec tout le monde.

D. — Votre premier sentiment a-t-il été l'amour ?

R. — J'ai pensé, un certain temps, à me marier avec elle.

D. — Avez-vous dit que vous étiez marié avec elle ? Ne l'avez-vous pas écrit ?

R. — Je ne l'ai jamais dit. Ça fait douze mois que dure cette comédie. S'il existe un mariage, j'assure que je ne suis pas marié, je n'ai jamais dit le « oui » que l'on dit. On prétend que je suis bien malade, je veux bien être d'accord avec les psychiatres et tous les médecins, je peux être malade et ne pas le savoir. Mais je suis électeur en Bretagne et je veux y retourner.

M. HEUYER. — M. Fretet nous a exposé des considérations psychologiques très fines sur l'érotomanie. Je le remercie d'avoir complété l'observation que j'avais rapportée à une séance précédente. L'érotomane que j'avais présenté et dont j'avais rapporté des propos et des écrits avait dissimulé son délire ; son comportement et ses réticences souriantes et calculées avaient laissé croire à plusieurs membres de la Société que ses troubles psychiques n'étaient pas un délire érotomane mais un épisode amoureux chez un alcoolique. En réalité, conformément à ce que j'avais annoncé, il est resté un érotomane ; les lettres

qu'il a écrites à la dame P. au cours de son internement prouvent qu'il est resté un délirant, et qu'il reste à peu près tel que lors de son passage à l'Infirmierie Spéciale. Quelles que soient les considérations psychologiques qui concernent la cause, ou la signification des symptômes de l'érotomanie pure, un fait essentiel doit être retenu : l'érotomanie est un délire ; c'est la conviction délirante d'être aimé par l'Objet, quelles que soient les preuves du contraire : refus, humiliations, internement ne sont que des épreuves imposées par l'Objet aimé et aimant. L'inversion de l'évidence, selon l'heureuse expression de Logre, renforce d'une façon paradoxale la conviction du malade et démontre le délire. L'érotomane est un délirant ; de plus il a une attitude passionnelle, il est sthénique et actif ; enfin il est dangereux dans ses réactions. Ce sont les éléments du syndrome qui doivent être retenus lorsque le médecin devra prendre une décision. L'érotomane est un délirant dangereux qui doit être interné. Le reste est accessoire. Je ne crois pas que l'érotomane soit d'abord intéressé, comme le dit M. Fretet. Mais il le devient, comme beaucoup de délirants de tout ordre, que leur délire a rendus incapables de travailler régulièrement ; appauvris, ils utilisent leur délire, réclament de l'argent, des dommages-intérêts, menacent de procès, puis du revolver. L'érotomane se comporte à ce point de vue comme beaucoup de délirants, hallucinés ou interprétants, passionnels, revendicateurs ou querulants. L'intérêt pécuniaire est secondaire, le délire est primitif et essentiel.

M. FRETET. — Que cette psychose soit un délire, c'est bien évident ; c'est pourquoi ce n'est pas une érotomanie purement passionnelle. Les cas purs n'ont de postulat qu'implicite ou psychologique.

J'appelle postulat implicite le postulat formulé par le psychiatre pour rendre compte en une formule explicative de la poursuite incoercible d'un passionnel irréductible à l'évidence.

J'appelle postulat psychologique ce que j'ai décrit sous les noms de postulat de justification, de défense, d'accusation perverse, de convenances. Ces derniers postulats répondent à des négations politiques insincères d'avoir pris l'initiative ; ils sont différents du postulat dyslogique des formes à substratum, de l'illusion délirante d'être aimé.

Les premiers sont des réactions psychologiques pragmatiques selon la tradition sociale, la collocation, la suspicion de folie, la « manœuvre ». Ils ne se développent jamais en systèmes délirants déréels, devenir propre aux postulats dyslogiques, em-

bryons délirants des formes à substratum. Dire que l'érotomanie est toujours un délire, c'est en exclure les formes purement passionnelles.

Quant à la cupidité des érotomanes dans laquelle M. Heuyer ne voit qu'une mise à profit du délire commune à bien d'autres délirants, cette avidité est parfois cela sans doute ; c'est accessoire. Elle est surtout une des expressions de la politique érotomaniaque fondamentale de sujétion d'un sujet en conflit d'infériorité à un objet providentiel ; appétence qui tient à la libido et à l'instinct de conservation et rend mieux compte de la poursuite pathologique ou du délire que les constructions intellectuelles corollaires variables selon la désagrégation, l'arriération, la démence, le substratum paranoïaque, schizophrénique, mythomaniaque, etc.

M. DUBLINEAU. — M. Heuyer vient d'apporter une notion très importante, et qui dépasse de beaucoup le cas de l'érotomanie. C'est l'utilisation que font dans un but intéressé, les délirants de leurs troubles. Dans tous les milieux, des demi-délirants, des déséquilibrés utilisent ainsi les thèmes de leur délire.

Erotomanie de type passionnel pur. — Régression pragmatique, par MM. J. VIÉ et P. RAUCOULES.

Nous avons jugé intéressant de rapporter ici le cas d'une sténo-dactylographe de 36 ans qui, mariée sans affection à un homme de quatorze ans plus âgé, devint amoureuse du banquier, son employeur. Le roman, jusqu'ici banal, évolue selon le mode érotomaniaque : l'Objet semble bien n'avoir joué aucun rôle actif ; la jeune femme ne cesse plus de l'accabler d'épîtres passionnées, de sollicitations, qui enfin s'accompagnent de menaces ; elle présente des interprétations délirantes, elle croit même à la possibilité d'un « mariage secret », bien que son propre divorce soit encore en cours, et sans s'inquiéter de savoir si l'Objet est marié lui-même.

Peu après le début de l'internement, une régression du thème érotomaniaque s'amorce. Non sans fluctuations, *le délire avorte*. D'abord « très sthénique et revendicante » (Professeur Claude), la malade se fait réticente, déclare rectifier ce qu'elle appelle une erreur, elle renonce à « cette déplorable affaire ». Les médecins qui l'observent, d'abord à la Clinique de Ste-Anne (du 11 février au 28 avril), puis à Maison-Blanche, sont obligés de suspecter la sincérité, d'abord bien douteuse, d'un tel revirement ; pourtant celui-ci s'avère indiscutable : en même temps

que la malade reprend tout son bon sens, « son caractère positif », elle fait preuve d'une humeur docile et affable, régulière et dépourvue d'affectation.

Conformément à l'avis de M. J. Fretet (1), pour qui *l'érotomanie vraie est curable*, nous n'avons pas hésité à demander la sortie, et depuis cinq mois aucun incident n'est survenu.

Nous reproduisons ici le certificat, très détaillé, de l'Infirmérie Spéciale, qui condense l'histoire de l'épisode, et nous insisterons seulement sur la *phase de régression*, dont nous soulignerons le *caractère conscient, raisonné, pragmatique* ; nous indiquerons le jeu des réactions interpsychologiques familiales et le rôle que paraît avoir tenu, dans l'heureuse terminaison de l'épisode, le caractère paranoïaque atténué de la malade.

Certificat d'internement : Infirmerie Spéciale (D^r Brousseau), 13 février 1939 :

Syndrome érotomaniacal évoluant depuis plusieurs années et manifesté depuis mai 1938. A partir du moment où (1932) elle entra comme secrétaire au service de M. de V., directeur de banque, eut l'intuition d'un amour partagé, mais jamais formellement déclaré par l'un ou par l'autre. Y consacre aussitôt toutes ses puissances affectives, toute son application professionnelle. Pour mieux contenter l'aimé dont la sévérité même la fortifie dans sa passion, apprend patiemment, selon le vœu exprimé devant elle, et l'anglais et la sténographie en cette langue. Décide de divorcer d'un mari, épousé par raison, pour se rendre libre.

Interprète dans le sens le plus favorable divers propos tenus de tierces personnes. Finit par être certaine qu'il la veut pour femme, puis d'être vraiment son épouse au point que plus tard elle le suppliera de lui accorder sa libération par le divorce. La singularité de son comportement détermina la direction à lui donner des fonctions moins proches du cabinet de l'Objet, plus jeune, beau et titré. Devient irritable et jalouse, de par les sourires qu'elle surprend et les altercations qui l'opposent à une téléphoniste, devenue sûrement une rivale heureuse. Reconnait la protection secrète de M. de V., à des attentions surprenantes. Les meubles qu'on lui livre sont d'un bois plus beau que ceux qu'elle s'en fut acquérir. Il fait l'appoint. Dépité de se voir tomber à une activité professionnelle inférieure, n'est plus que dactylo, finit par démissionner en novembre 1937. De mai 1938 à janvier 1939, plus de 30 épîtres, les unes aveuglément amoureuses, les autres indignées, protestataires, injurieuses. Elle perçoit dans toutes ses places l'influence de M. de V., qui les lui procure, les lui fait perdre. Elle interprète des annonces de *Paris-Soir*, y trouve des rendez-vous, attend en vain à plusieurs reprises. Reproches, colères, démarches à la Banque, veut le voir, se dit « sa femme ». Ne s'est jamais

(1) J. FRETET. — *Les Causes affectives de l'Erotomanie*, Alcan, 1937.

inquiétée de savoir si M. de V... est marié ou non. Rien ne peut l'ébranler. Un jour, elle menace de se suicider, formule un adieu chargé de reproches, le lendemain revient prête à tout pardonner, et à réaliser enfin son amour. Prétend forcer le sort, par attentat ou par suicide. Caractère toujours un peu solitaire, entier. Auto-didacte.

* *La phase de régression du délire passionnel.* Toute une série de lettres adressées par la malade, soit à l'Objet de son amour, soit au mari, permet de suivre jour par jour les étapes de la régression du délire.

Lors de l'internement (13 février), *l'exaltation passionnelle est à son paroxysme*, et avec elle les éléments proprement délirants qui tous en dépendent. Le postulat est nettement affirmé. Ainsi, le 15 février, Clémence écrit : « Mon Roger Chéri, Décidez enfin de notre bonheur..... Vous m'aimez comme je vous aime, je ne vis que pour vous, puisque j'ai rompu définitivement avec tous... Vous me condamnez à mort si vous ne venez pas me chercher, vous ne pouvez pas vouloir cela puisque vous m'aimez. Vous êtes déjà pour moi, mon mari adoré..... » et elle signe : « Votre Cri-Cri ».

Mais déjà se manifeste le *vif désir* qu'elle a *de retrouver sa liberté*. C'est ce sentiment qui va désormais entrer en lutte avec l'amour chimérique.

Le 21 et le 22 février, Clémence veut espérer encore : « Puisque vous voulez bien me reprendre avec vous..... Comment pouvez-vous attendre encore ? Je vous redis : où prenez-vous le courage inutile de nous torturer tous les deux alors que notre bonheur dépend de vous..... »

Cependant, devant l'absence de toute démarche, la jeune femme se lasse ; le 27 février, elle écrit : « Roger, je n'ai plus l'espoir de votre venue et je vous supplie de donner des ordres pour ma sortie demain..... » Pour la première fois elle s'affirme prête « à ne plus faire aucune démarche ». Elle signe de son nom de jeune fille C. C.

Le lendemain, Clémence rédige, pour le médecin, un *engagement formel* « à dater d'aujourd'hui 24 février 1939, à ne plus jamais faire aucune démarche de quelque façon que ce soit auprès de M. de ..., ma santé étant compromise par mon séjour ici et ma situation ne me permettant pas davantage de rester sans mon travail qui est toute ma vie ».

Le 25 février, le ton de sa lettre à M. de ... est encore bien plus sec. Elle commence « Monsieur », fait appel à sa loyauté, lui présente toutes ses excuses : « je ne vous réclame *plus qu'une chose : ma liberté* ». Elle signe de son nom de jeune fille C. C.

Le 1^{er} mars marque le début de la *réconciliation avec le mari*, tandis qu'elle adresse à l'objet une supplique pressante : « Je vous réclame ceci seul : ma liberté ». Depuis plus d'un an elle avait quitté le domicile conjugal pour prendre un appartement particulier. Une instance en divorce avait été déposée, Clémence demandait le divorce à ses torts. Depuis l'internement, le mari, compatissant, se montrait disposé à un rapprochement.

Dans sa lettre du 1^{er} mars, elle lui propose de reprendre la vie commune, avec cette « seule réserve » qu'elle « couchera sur le divan dans la salle à manger » et qu'ils n'auront « jamais aucun rapport : c'est pour moi, ajoute-t-elle, une raison de santé » ; elle se déclare « enfin revenue de toute illusion... ».

Il n'en est que plus curieux de noter, le 3 mars, une dernière manifestation d'espoir en l'objet, une dernière résurgence de la passion défaillante, qui constitue un véritable *ultimatum* terminal, un adieu au délire. *Une dernière fois, Clémence tente sa chance avant de reprendre définitivement la voie de la raison.*

« Roger, ma mère et M. B. [le mari] viendront demain matin de-
« mander ma sortie. Comme vous le savez, il n'y a aucune raison
« pour que je continue à mourir de chagrin ici.

« Si vous pouvez avoir confiance en moi comme j'ai confiance en
« vous encore, venez me chercher ici demain avant la visite que je
« dois avoir dimanche et qui sera décisive, ma loyauté l'exigeant.

« Si vous pouvez croire que je suis votre bonheur, comme je sais
« que vous êtes le mien, venez me chercher demain et je ne vivrai
« que pour vous et serai votre femme.

« Je vous adresse une dernière fois cette demande, vous décidez
« définitivement de notre bonheur.

« Si vous ne venez pas me chercher demain, votre amour n'était
« qu'un mensonge et j'oublierai jusqu'à votre nom en faisant mon
« devoir... »

« Si vous ne venez pas je ne regretterai plus rien, vous n'étiez pas
« sincère.

« Je vous pardonnerai si vous ne venez pas, car je vous plaindrai
« comme je plains les lâches. »

Le 4 mars, M. de ... n'ayant naturellement pas donné signe de vie, Clémence a pris *son parti définitif*, elle reçoit très bien sa mère qui vient la visiter avec le mari. *Les deux époux se réconcilient* définitivement, toute procédure de divorce est abandonnée. Clémence, dès lors, projette d'aller se reposer à la campagne, puis de reprendre l'exercice de sa profession et sa vie paisible d'autrefois. Il n'est plus question d'aucune restriction à la vie commune.

A partir du 4 mars, elle n'a jamais cessé de confirmer ses résolutions et de réclamer sa mise en liberté. Toutefois son attitude mentale a subi un *remaniement progressif*, au fur et à mesure que s'éloignait la phase délirante.

Au milieu d'avril, « elle demeure réticente, mais ne peut pas, au cours d'un entretien un peu prolongé, ne pas laisser voir quelques traces délirantes montrant l'absence de toute correction du délire » (D^r Leconte).

Elle fait un effort visible pour oublier « jusqu'au nom » de l'Objet, elle évite toute occasion de parler de son « affaire » et la réticence dont elle fait preuve paraît ici, comme chez bien d'autres malades, un procédé de *défense de la personnalité* plus qu'un refuge dans le délire. Il faut reconnaître qu'elle s'y montre particulièrement habile. Lors de l'entrée à Maison-Blanche, elle ne révèle les faits antérieurs — d'une façon d'ailleurs très objective — que lorsqu'on l'y sollicite d'une manière tout à fait pressante. Elle expose les *conditions affectives* de son roman érotomaniacque : le mariage, voulu par la mère, parce qu'une sœur de la malade était déjà mariée avec le frère du mari, accepté sans enthousiasme et demeuré sans affection. Puis la naissance immédiate du sentiment pour M. de ... « depuis le jour où j'ai été chez lui, je me suis détachée de mon mari qui a compris mon jeu ». Clémence reconnaît maintenant qu'il ne lui a jamais fait d'avances : le thème du postulat, maintenant abandonné, ne figurera jamais dans le système de défense de la malade.

Tout cela est encore exposé avec une certaine gêne, de l'affectation, un manque de naturel. Au cours du séjour à Maison-Blanche, l'attitude de Clémence est devenue de plus en plus aisée. Jamais elle n'a montré d'impatience, de colère, d'arrogance, ni de variations brusques de l'humeur. Elle a eu de bons rapports avec les infirmières ainsi qu'avec ses compagnes. Sa sincérité, sa bonne volonté nous ont paru évidentes.

Depuis la sortie, le 11 juin, Clémence a repris, avec son mari, la vie habituelle : elle paraît bien s'entendre avec lui. Elle dit être heureuse. Jamais elle n'a cherché à revoir M. de ... C'est, disait-elle au début de novembre, de l'histoire ancienne, à laquelle elle ne veut plus penser. Elle parle avec reconnaissance des médecins qui l'ont soignée (1). Bref, tout paraît de ce côté être rentré dans l'ordre.

(1) Nous adressons tous nos remerciements à Mlle Bernheim, Assistante sociale de la Clinique de la Faulté, qui a bien voulu aller visiter notre ancienne malade à son domicile.

En terminant, nous voudrions souligner quelques traits d'*interpsychologie familiale*. La mère, le mari, la malade ont tendu tous trois vers un même but, la libération de cette dernière, mais ils ont suivi pour cela des voies bien diverses. La mère de Clémence est une paranoïaque typique, une maîtresse-femme, orgueilleuse et autoritaire ; elle a soutenu d'emblée la culpabilité de M. de ... « Ma fille, écrit-elle dans une requête au Ministre, ne m'a pas paru présenter aucun trouble, elle n'en avait d'ailleurs jamais eu. » Tout au plus concède-t-elle que « le fait par M. de ... de la détourner de son ménage (car il est la cause de son divorce) pouvait très bien à l'époque où elle lui a exposé ses sentiments amener des modifications de caractère ». Elle n'a jamais admis ni liaison, ni psychose.

L'attitude du mari est toute différente. C'est un faible, un lourdaud, au caractère placide et banal ; il a eu beaucoup de mal à comprendre qu'il n'avait pas été réellement trompé. Autant il excuse des faiblesses possibles, autant il se refuse à admettre l'idéalisme chimérique de l'érotomanie. Et l'internement de sa femme l'a rapproché d'elle dans un sentiment de réelle pitié.

Quant à Clémence, elle maintient sa théorie propre qui respecte son rôle d'ancienne érotomaniaque ; « ma mère veut excuser mon attitude, mais c'est faux, j'ai fait des avances et j'ai eu tort ». L'abandon du postulat n'a peut-être, au moins au début, figuré qu'une dernière forme de déférent attachement à l'Objet..... Intelligente et ambitieuse, Clémence paraît à ses voisins fière, bizarre, parfois hostile. Le caractère paranoïaque ne présente pas, peut-être en raison de son âge, autant de rigidité que chez la mère. Mais nous pensons qu'il faut lui attribuer l'évolution favorable de l'épisode, grâce à l'internement qui, à l'amour échoué dans le délire, a opposé le besoin plus impérieux de la liberté. Déséquilibrée et insatisfaite, elle a tenté, selon l'expression de C. Pascal, de « réaliser sa nostalgie » : la passion a dévié vers la psychose. Mais la réaction de l'égoïsme foncier à l'internement a été la plus forte. Elle a déterminé la régression du processus passionnel, elle a triomphé du postulat. La prolongation de l'internement au delà du jour des résolutions définitives, mais intellectuelles, conscientes et précaires, n'a pas été inutile : il a permis tout un travail de remaniement du psychisme, de liquidation douloureuse, de réintégration et de réaffermissement devant la reprise de la vie réelle. Et pour paradoxal que puisse paraître le résultat thérapeutique, il n'en est pas moins intéressant — aussi bien pour la théorie que pour la pratique — d'en avoir esquissé le déterminisme.

M. Vié. — Après avoir entendu, tout à l'heure, M. Heuyer attirer l'attention sur la gravité du délire érotomane, je dois dire combien j'ai hésité à demander à la sortie de cette malade. Pourtant M. Fretet, à qui je l'avais fait connaître, et moi-même, nous sommes décidés à le faire en raison de tout le remaniement progressif qui s'était produit dans le psychisme de la malade, par la disparition totale de croyance aux affirmations délirantes antérieures, par l'absence de toute variation d'humeur, et la force de caractère de la malade, sa volonté évidente de refaire sa vie dans un autre sens. Depuis cinq mois, la conduite de la malade a confirmé notre pronostic. Mais nous avons tenu à souligner le caractère « pragmatique » de cette modification.

Application des données récentes de chimie-physique à l'étude des troubles des constituants tissulaires en psychiatrie. Les isotopes en psychiatrie, par M. Pierre CHATAGNON et M^{lle} Camille CHATAGNON.

Depuis que J. J. Thomson et Aston nous ont appris théoriquement et pratiquement à déterminer les masses atomiques des éléments et à réaliser leur spectre de masse, les isotopes ont acquis droit de cité en biologie expérimentale.

C'est à une extension aux recherches de psycho-physiologie, de psycho-pathologie et de psycho-thérapeutique que nous désirons attirer l'attention des psychiatres sur l'emploi des isotopes et plus particulièrement de certains d'entre eux. On connaît déjà un grand nombre d'isotopes que l'on range en deux catégories : les Isotopes radioactifs, tels que le Chlore, le Brome, l'Iode, le Potassium, le Sodium, le Rubidium, le Fer, le Magnésium, le Calcium, le Manganèse, le Zinc, le Phosphore ; et les Isotopes lourds, tels que le Deuterium, l'Oxygène lourd, l'Azote lourd. Si ces derniers n'ont pas pour nous un intérêt immédiat, par contre certains des premiers jouent un rôle primordial dans les processus d'oxydo-réduction du tissu nerveux ; certains autres (P.) sont les éléments actifs des constituants des complexes lipidiques cérébraux.

L'expérimentation des isotopes en psychiatrie ne sera pas seulement intéressante par ce que nous connaissons des éléments dont ils proviennent, mais aussi parce qu'ils possèdent en eux-mêmes une propriété radioactive, laquelle peut et doit modifier l'action physiologique de l'élément dont ils dérivent. Cette radioactivité permet de suivre leur devenir à travers l'organism-

me vivant, soit par suite de leur action en impressionnant la plaque photographique, soit grâce à l'enregistrement par un petit compteur de Geiger-Müller. Les expériences de J. G. Hamilton (*Amer. J. of Physiol.*, 1938) sont éminemment instructives à l'égard des atomes « labelled » étiquetés : faisant ingérer du phosphore radioactif, la radioactivité est enregistrée quelques minutes plus tard au niveau des extrémités digitales par le compteur de Geiger-Müller. Nous avons ainsi un procédé pratique d'enregistrement qualitatif et quantitatif, lequel, combiné aux tracés électroencéphalographiques, peut être du plus haut intérêt au point de vue de l'expérimentation psycho-physiologique et psycho-pathologique. Jusqu'alors on s'est surtout efforcé de retrouver dans les disciplines pasteuriennes et anatomo-pathologiques les explications pathogéniques des syndromes mentaux, sans y réussir toujours pleinement. Les perturbations du fonctionnement cérébral et cérébro-endocrinien résultent pour une très grande part d'altérations des synthèses et des échanges de leurs constituants normaux et pour une autre part des retentissements qu'ont les troubles du métabolisme des différentes fonctions viscérales (hépatique, rénale, cardio-vasculaire, etc.) ; cela est si vrai qu'il est commun d'observer des déficiences viscérales ou polyviscérales précédant ou accompagnant les troubles psychiques. Ajoutons que les adultérations des synthèses et des échanges au niveau du tissu nerveux surviennent souvent également sur des tissus malformés.

L'emploi des isotopes peut fournir des éléments nouveaux aux méthodes classiques d'investigation pour la solution des problèmes pathogéniques — (où dominant pour nous les perturbations des synthèses et des échanges) — des syndromes tels que ceux de la dégénérescence mentale, de la démence précoce, des délires chroniques, de la mélancolie, de la manie, etc. Simple hypothèse de travail, mais combien pleine de promesses.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — L'intéressante communication de Mlle et de M. Chatagnon soulève tout un monde de questions de la plus haute importance. Elle ouvre toute une série de voies nouvelles.

La séance est levée à 18 heures.

Le Secrétaire des séances,
Jacques VIÉ.

SOCIÉTÉS

Société de Médecine Mentale de Belgique

Séance du 28 Octobre 1939

Présidence : M. R. NYSSSEN, vice-président

Paralysie de Lissauer, par M. P. DIVRY

Etude anatomo-clinique du cas d'un paralytique général à type déméntiel simple qui fit au début de son affection une parésie transitoire du membre supérieur gauche. L'impaludation fut suivie d'un épisode délirant hallucinatoire, puis d'un état hypomaniaque avec euphorie. Après 4 ans survinrent des crises épileptiformes avec symptômes focaux caractérisés par des secousses cloniques dans l'hémiface gauche, des mouvements choréiformes et une parésie progressive du bras gauche. Le traitement arsénical fut sans effet. L'examen anatomique montra une atrophie globale de l'hémisphère droit, à prédominance fronto-temporale, mais cependant modérée, malgré la netteté des symptômes focaux observés cliniquement. Comparant ce cas à celui qu'il a présenté récemment (*Journ. belge de Neurol.*, vol. 39, p. 5) et dans lequel l'atrophie énorme de tout un hémisphère n'avait déterminé que des symptômes focaux frustes, l'auteur conclut que la paralysie de Lissauer est une notion plus anatomique que clinique.

Cardiazol et lésions cérébrales, par M. M. LEROY

L'autopsie d'un sujet traité par la convulsivothérapie pour mélancolie grave, et qui mourut au cours d'une crise d'agitation violente consécutive à la sixième injection, révéla des lésions cérébrales importantes caractérisées par un œdème cortical généralisé avec piqueté hémorragique de la substance grise et des noyaux gris centraux. De nombreuses cellules corti-

cales étaient gonflées ou en chromolyse. Il n'existait pas d'infiltration périvasculaire dans la substance blanche. L'expérimentation sur l'animal — le cobaye — a permis à l'auteur de reproduire des lésions analogues qui n'existaient chez aucun des animaux témoins. Le cardiazol fut administré par voie intra-musculaire à plusieurs lots de cobayes, à doses progressivement croissantes ou à doses massives, avec ou sans administration préalable de luminal. Dans la plupart des cas, des lésions hémorragiques et cellulaires graves furent constatées. L'auteur conclut que la convulsivothérapie doit être maniée avec prudence ; les cures doivent être courtes, les cas judicieusement choisis et les injections dites « de consolidation » abandonnées.

L'excrétion urinaire d'acide phénylpyruvique chez certains oligophrènes, par M. R. NYSSSEN

Un auteur américain, Jervis, a découvert dans l'urine de certains oligophrènes un dérivé de la phénylalanine, l'acide phénylpyruvique. Il s'agit de cas extrêmement rares (0,5 % environ), intéressants par le fait qu'ils présentent le plus souvent des symptômes extra-pyramidaux frustes et que le trouble du métabolisme des acides aminés, décélé par la présence d'acide phénylpyruvique dans les urines, apparaît comme héréditaire et familial dans 70 % des cas. Il est toujours associé à l'oligophrénie ; les sujets sains de la même famille ne le présentent pas. L'auteur, qui en a découvert un cas sur 750 oligophrènes examinés, émet le vœu de voir cette recherche poursuivie.

J. LEY.

Société Belge de Neurologie

Séance du 28 Octobre 1939

Présidence : M. R. NYSSSEN, président

Ataxie cérébelleuse après coqueluche, par M. E. KORREN

Présentation d'un jeune enfant qui au décours d'une coqueluche banale fut atteint d'un syndrome neurologique caractérisé par une hypotonie extrême, avec astasie-abasie sans paralysie, abolition de tous les réflexes tendineux, signe de Babinski, hypermétricie avec tremblement intentionnel. Le liquide céphalo-rachidien contenait 0 gr. 46 d'albumine pour 0,4 cellules. L'auteur élimine les diagnostics de polynévrite et de syndrome de Guillain-Barré, pour retenir celui d'une atteinte cérébelleuse.

Syndrome de Guillain-Barré, par M. RADERMECKER

Présentation d'un jeune homme de 21 ans dont l'affection débuta par un léger état grippal avec hyperthermie très modérée, suivi bientôt de parésie puis de paralysie de la jambe gauche, avec douleurs névritiques et abolition des réflexes tendineux. Le liquide céphalo-rachidien contenait 1 gr. 20 d'albumine pour 14 cellules. Amélioration spontanée.

Sur une forme chronique à évolution fatale de la dermato-myosite avec sclérodermie, par Mme RADERMECKER

La dermato-myosite, affection d'origine probablement inflammatoire, évolue généralement d'une manière assez rapide — quelques semaines à deux ans et demi. Les formes chroniques sont rares ; l'auteur n'a trouvé dans la littérature qu'un seul cas superposable au sien. Il s'agit d'un homme de 45 ans, dont l'affection débuta en 1933 par une impotence progressive avec amaigrissement considérable, fatigabilité, puis atrophie des muscles des épaules, du cou et du tronc, scoliose, atrophie des segments proximaux des membres, troubles de la parole. Des troubles eutanés survinrent ultérieurement, caractérisés par des pigmentations anormales, un aspect luisant et chagriné, de la sclérodermie de la face. Toutes les recherches biochimiques, notamment au point de vue du métabolisme de la créatine, ont fourni des résultats normaux. Une biopsie musculaire et eutanée montra une myosite diffuse vraie avec lésions classiques de sclérodermie et intégrité des troncs nerveux.

Hémiparésie consécutive à une polyglobulie, par M. MOREAU

Cas d'un homme de 33 ans qui à la suite d'un traumatisme crânien léger présente une hémiparésie droite progressive en deux atteintes distinctes — bras puis jambe — sans ictus, sans participation de la face et sans signes pyramidaux nets. Les examens hématologiques révélèrent une polyglobulie importante, traitée d'abord par la phénylhydrazine, puis par la radiothérapie. Les phénomènes parétiques disparurent en même temps que la formule sanguine revenait à la normale. Ces cas de paralysies survenant au cours de la maladie de Vaquez sont attribués à l'hyperémie du cerveau.

Etude anatomo-clinique d'un cas de chorée de Sydenham, par M^{lle} CALLEWAERT

Une fillette de 15 ans présenta, deux mois après une atteinte de rhumatisme articulaire aigu, une chorée typique, et mourut en trois jours dans un état toxi-infectieux grave avec agitation. L'examen systématique des diverses régions de l'encéphale montre une congestion généralisée avec petites hémorragies dans certaines formations du tronc cérébral et de la base, des lacunes du centre ovale, des altérations cellulaires corticales. Il n'y a pas d'infiltration périvasculaire ; les lésions n'ont à aucun endroit le caractère inflammatoire de celles de l'encéphalite léthargique par exemple. Bien que la nature inflammatoire de la congestion puisse se discuter, l'auteur estime que l'élément toxique déborde largement l'élément inflammatoire. Il y a toujours prédominance des phénomènes dégénératifs, et au point de vue anatomique comme au point de vue clinique il faut conclure à l'unicité de la chorée de Sydenham.

J. LEY.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

EMBRYOLOGIE

Recherches sur l'embryologie du système nerveux central, par André BARBÉ. Médecin de la Salpêtrière. *Préface* de A. SOTQUES (1 vol. de 340 pages, avec 275 figures. Masson et C^{ie} édit., Paris 1938).

Cet important travail ne représente ni une compilation, ni un traité complet d'embryologie du système nerveux central. Son but est de préciser un certain nombre de points, souvent peu connus et cependant dignes d'intérêt. Utilisant différentes techniques, M. André Barbé a examiné 52 embryons ou fœtus. Les coupes les plus démonstratives sont remarquablement reproduites dans le volume et les résultats des recherches sont exposés avec une grande clarté.

Dans la première partie, analytique, l'auteur a étudié isolément le système nerveux central de 44 embryons ou fœtus. Etant donné les différences d'âges de ces nombreux fœtus, il est facile, en comparant figures et textes, de suivre le développement du système nerveux central, tant dans son ensemble que dans ses détails. On peut donc ainsi, et dans une certaine mesure, connaître l'état du système nerveux aux différents âges de la vie intra-utérine.

Dans la seconde partie, synthétique, les différentes régions du système nerveux ont été prises isolément, de façon à ce que le lecteur puisse connaître le développement de la partie qui l'intéresse plus particulièrement ; cette seconde partie complète donc la première ; tandis que l'une est purement chronologique, l'autre est surtout topographique.

Un des côtés les plus instructifs de cet ouvrage est, incontestablement, sa très belle et très riche iconographie, qui fait de sa première partie un véritable album embryologique. Pas un schéma, pas même un dessin d'après nature, rien que des photographies, et, chose digne de remarque, des photo-

graphies non retouchées, ce qui en augmente singulièrement la valeur démonstrative.

Il se dégage de ce livre une œuvre vraiment originale qui sera précieuse aux neurologistes et aux embryologistes. Ainsi que l'a écrit M. Souques, dans la belle préface qu'il a consacrée à ce livre, il n'est pas d'étude embryologique du névraxe qui puisse être comparée à l'œuvre patiente, minutieuse et si claire, qui fait grand honneur à M. André Barbé.

René CHARPENTIER.

PSYCHIATRIE

Les troubles mentaux du rhumatisme articulaire aigu, par le Dr Henri SAUGERT (1 broch. in-8°, 78 pages, A. Lapied éd. Thèse, Paris, 1939).

La psycho-encéphalite rhumatismale primitive, tout à fait exceptionnelle, mise à part, les troubles mentaux survenant dans le rhumatisme articulaire aigu revêtent une forme suraiguë, aiguë ou chronique.

La première, rare, correspond à l'apoplexie rhumatismale de Trousseau ; elle apparaît avec une extrême brutalité dans les premiers jours de la crise de rhumatisme articulaire aigu chez des sujets généralement alcooliques ; elle est constituée par un état confusionnel avec onirisme et agitation motrice désordonnée, tandis que les manifestations articulaires disparaissent aussi brusquement. La mort en est rapidement la conséquence, en quelques heures, parfois moins.

La deuxième, la plus fréquente, répond à la forme méningitique des anciens auteurs. Elle apparaît également au début d'une attaque rhumatismale, concomitamment avec la résolution des arthropathies. A la phase d'excitation initiale succède rapidement une dépression marquée avec somnolence. La confusion et l'onirisme s'accompagnent d'anxiété et, fréquemment chez l'enfant, de mouvements choréiformes, parfois enfin de troubles paraplégiques (forme korsakovienne).

La forme à évolution prolongée du rhumatisme cérébral est celle surtout étudiée par Ball qui insiste sur la fréquence des troubles psychiques à caractère mélancolique, sur la coexistence de l'atteinte cardiaque et sur la coïncidence fréquente de mouvements choréiformes. Cette forme peut débiter par un syndrome confusionnel ou bien se caractériser par un état dépressif d'emblée, mélancolique ou psychasthénique.

R. DUFOUY.

Hérédité morbide et affections neuro-psychiques, par le Dr Pierre VALDENNAIRE (1 brochure in-8°, 280 pages, Berger-Levrault édit., Nancy, 1939).

De ce travail, fait sous l'inspiration de son Maître le Dr Privat de Fortunié, et accompagné de 119 observations, l'auteur conclut que l'hérédité psychopathique similaire, plus rare dans la démence précoce, se manifeste sous forme similaire dans au moins 50 % des cas de cyclophrénie. Il en est sensiblement de même pour le suicide. Les psychopathies similaires et l'alcoolisme des parents sont les éléments héréditaires les plus fréquents chez les cyclophréniques.

Chez les déments précoces, l'hérédité morbide est surtout caractérisée par

la multiplicité et par la gravité des tares : psychopathies chroniques, démences vésaniques, états de déficit intellectuel congénital. Lorsque ces mêmes éléments se trouvent dans les antécédents des malades atteints de psychose périodique, ils s'observent surtout dans des formes atypiques, ou tendant à évoluer vers la chronicité ou la démence.

L'alcoolisme des ascendants — souvent accompagné de troubles mentaux — se retrouve dans plus de la moitié des cas de cyclophrénie ou de démence précoce, sensiblement en même proportion. La syphilis, dont le rôle paraît prépondérant dans l'hérédité des états d'arriération, est assez fréquente dans les antécédents héréditaires des épileptiques et des déments précoces. Très fréquente chez les ascendants des déments précoces, la tuberculose est rare chez ceux des cyclophréniques.

Certains pays pratiquent la stérilisation des sujets atteints de tares nerveuses incurables et héréditaires. On a proposé l'introduction en France de l'examen prénuptial déjà pratiqué ailleurs. La diffusion par le médecin des notions relatives aux conséquences de l'hérédité morbide, la prophylaxie de l'alcoolisme, de la syphilis, de la tuberculose, sont recommandées par l'auteur pour lutter contre les effets désastreux, particulièrement au point de vue neuro-psychiatrique, de l'hérédité morbide, effets qu'il espère voir un jour enrayer par des traitements prophylactiques.

R. C.

PSYCHOLOGIE

Les forces sociales contre l'épanouissement de la personnalité (*Social Forces in Personality-Stunting*), par Arnold H. KAMMAT 1 vol., in-12, 256 pages. *Sci-Art Publishers*. Cambridge, Massachusetts, 1939.

Nous avons l'habitude de considérer le paranoïaque et le paranoïde dans leur plénitude délirante pour accorder à l'individu moyen des prérogatives de la maturité intellectuelle et sociale. En critiquant chez nos contemporains des travers, des bizarreries du caractère nous entretenons sur notre propre jugement une illusion flatteuse. M. Kammat s'efforce de démontrer que la maturité psychique de l'homme contemporain est une exception et que les tendances paranoïaques conduisent les individus, les foules et les dirigeants. L'élite ne joue pas un rôle social immédiatement reconnaissable. Les instincts primitifs, l'envie, la cupidité, la vanité, sont exploités par les conducteurs de peuples qui cherchent de leur côté à satisfaire ces mêmes besoins. Avant la réussite ils y ajoutent la ruse et la violence. Plus tard ils mettent tout en œuvre pour exalter les tendances au respect et à la vénération, le besoin de croyances et entretenir l'idée que les aspirations les plus élémentaires de la masse ont été frustrées par leurs anciens maîtres.

Cette étude où la critique scientifique étoile souvent la polémique et la sociologie la politique, pour aigrie qu'elle soit dans ses premières développées avec complaisance au long des premiers chapitres n'est pourtant pas d'inspiration pessimiste. L'idéal démocratique au sens le plus élevé du mot est évoqué comme un terme prochain à l'esclavage intellectuel et moral contemporain. Les élites trouvant enfin leur véritable place et chacun ne songeant qu'à tendre vers cette maturité si rare aujourd'hui, voilà le devoir de tout être doué et se sentant capable de jouer un rôle social. Cependant l'espoir serait vain sans un programme d'action et l'auteur nous expose le sien :

démocratisation de l'activité humaine, gouvernement constitué par des compétences et des techniciens, socialisation des instruments de production et de distribution, organisation de la culture spirituelle, liberté de pensée, abolition des institutions militaires en tant que moyens de guerre, limitation générale des naissances, instruction large et obligatoire avec éducation complémentaire.

Ces généreuses aspirations seront contrariées par de nombreuses forces sophistiques. L'auteur termine d'ailleurs sur une note mélancolique. La maturité intellectuelle et sociale, but de l'activité des élites, est entravée par la nature humaine. Ce besoin de croire, d'admirer sans contrôle est difficile à diriger car il est l'expression d'un sado-masochisme profond, les phases de soumission étant coupées de crises terribles de violences dévastatrices. Et il n'y a pas qu'un masochisme collectif. Les individus les plus forts ont des défaillances. L'épisode d'Héraclès et d'Omphale a une signification éternelle. Aussi l'auteur se garde-t-il d'établir un programme de lutte contre la gynocratie.

P. CARRETTE.

NEUROLOGIE

L'encéphalographie gazeuse par voie lombaire, par le Dr J. GLAICHENHAUS, ancien interne des hôpitaux de Nice, lauréat de la Faculté de Marseille (1 brochure, in-8°, 82 pages, avec 16 planches hors texte. Ant. Ged. édit., Thèse Marseille 1939).

De cet intéressant travail, accompagné de 16 planches hors-texte, et fait à Nice, dans le service du Dr Cossa, l'auteur conclut que l'encéphalographie lombaire peut parfois suppléer la ventriculographie directe et doit même, dans certains cas, lui être préférée, en particulier quand cette dernière est impossible : dans l'épilepsie et dans les arachnoïdites de la convexité. Il en serait de même en cas de refus de la ventriculographie par le malade et dans tous les cas où celle-ci n'est pas formellement indiquée. A côté d'indications communes, les deux méthodes ont des indications différentes d'ordre diagnostique.

Cependant, par insufflation non homogène, des erreurs peuvent se produire que ne causerait pas la ventriculographie directe. Les images obtenues nécessitent donc une rigueur plus grande d'interprétation et parfois une encéphalographie de contrôle ou une ventriculographie.

Parmi les contre-indications particulières à l'encéphalographie, il faut citer toutes les néoformations et tous les bloquages de la fosse postérieure, toutes les hypertensions intracrâniennes confirmées. Ces contre-indications sont absolues. L'hypertension intracrânienne légère est une contre-indication relative que l'on étudiera avec beaucoup de prudence dans chaque cas particulier.

Au point de vue thérapeutique, on peut faire intervenir l'encéphalographie dans l'épilepsie, dans les séquelles des traumatismes crâniens, dans les arachnoïdites de la convexité ou de la base (arachnoïdite opto-éphasmatique en particulier). Si la technique, d'ailleurs simple, est rigoureusement suivie et si les règles concernant les contre-indications sont bien observées, MM. Cossa et Glaichenhaus estiment que l'encéphalographie lombaire est dénuée de tout véritable danger.

René CHARPENTIER.

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

Médecine et vie familiale, par J. BARBIER, A. ROCHAIX, J. OKINCZYC, A. REQUET, P. DELORE, P. PADIS, E. LARRIVÉ, A. BROCHIER, M. POUMALLOUX (1 vol. in-8°, 206 pages. Bulletin annuel du Groupe lyonnais d'études médicales, philosophiques et biologiques, Lavandier édit., Lyon, 1938).

Selon la méthode adoptée par le Groupe lyonnais d'études médicales, philosophiques et biologiques, sous la direction du Dr René Biot, ce nouveau volume annuel contient une série de conférences, dont huit sur neuf sont faites par des médecins, et qui complètent les volumes précédents en montrant à juste titre comme primordial le rôle de la famille et pour l'individu et pour l'équilibre social.

Le Dr Jean Barbier, médecin des hôpitaux de Lyon, étudiant les problèmes que pose la *famille nombreuse*, montre que celle-ci, et le plus largement comprise, est un facteur de maladie beaucoup moins important et beaucoup moins grave que ne le sont les restrictions égoïstes ou criminelles qui, à l'inverse, s'opposent à l'éclosion normale de la vie. *Les ennemis de la famille : le taudis, l'alcoolisme, la prostitution*, sont étroitement liés entre eux. Le Professeur A. Rochaix, de Lyon, montre qu'ils ne disparaîtront, en dépit de toutes les réglementations législatives ou administratives, en dépit de tous les efforts des organismes d'hygiène et des œuvres charitables, que si on inculque à l'individu ces principes de moralité supérieure sur lesquels se posent les vertus qui font la dignité de la famille et sa prospérité.

Le problème des grossesses ectopiques, des « grossesses tragiques » est exposé sous ses divers aspects par le professeur agrégé Okinczyc, de Paris. « D'ordinaire, la morale n'interdit pas ce que l'art médical prescrit. Mais, ajoute M. Okinczyc, en cas de conflit, ce sont les interdictions de la morale qui doivent prévaloir. » Avec le P. Payen, il conclut, d'ailleurs, que, dans l'état actuel de la science morale et des documents objectifs dont elle doit tenir compte, il n'est pas interdit de pratiquer l'extraction en bloc de la trompe contenant le fœtus non viable. « Cette solution n'est pas théoriquement certaine, mais elle demeure solidement probable. »

Un important chapitre est consacré par le Dr André Requet, médecin des hôpitaux psychiatriques, aux problèmes de psychiatrie conjugale, aux « troubles mentaux nés de l'existence à deux ». Les mécanismes morbides s'exercent selon deux grands principes : la « désintégration » qui fait disparaître les fonctions les plus éminentes, mais plus fragiles parce que plus récentes, et réapparaître des modes de fonctionnement plus anciens, mieux organisés et moins compliqués ; la « compensation » qui, associée à la désintégration, aboutit à une forme de soulagement par laquelle le malade arrive à abdiquer sa personnalité normale, sociale, responsable. La maladie n'est qu'un moyen de l'être vivant. La vie d'un être humain contient des buts profonds et des compensations secrètes que nous ne connaissons pas et qu'il ne connaît pas lui-même. Il semble que certaines existences ne puissent se passer que dans le pathologique et M. A. Requet en prend à témoin les cas de guérison de maladies physiques au cours des psychoses et les cas de guérison de psychoses chroniques par des maladies physiques et la thérapeutique par les chocs.

Sous le titre : *la famille disloquée et la santé*, un autre psychiatre, le

D^r E. Larrivé, de Lyon, envisage les rapports des névroses et de la mésentente conjugale. Il conclut que s'il est indiscutable que certaines névroses créent la mésentente conjugale et disloquent la famille, cette même mésentente n'est pas, à elle seule, un facteur suffisant pour expliquer la production de certains troubles névropathiques chez les conjoints. Par contre, cette mésentente peut avoir les plus fâcheuses conséquences pour l'enfant: c'est pour lui un facteur de troubles de nature à entraver sa formation et à retentir sur le développement de ses facultés intellectuelles et morales.

Etudiant *la maternité hors des cadres sociaux*, le *D^r André Brochier*, de Lyon, passe en revue la maternité des filles-mères, la maternité adultérine et la maternité incestueuse, cette dernière rare et qui pose le problème de la consanguinité. Les enfants abandonnés proviennent presque tous de maternités hors des cadres sociaux. Aussi faut-il encourager le plus possible les œuvres et les organisations permettant aux filles-mères de trouver un abri discret pendant la grossesse et de s'occuper de leur enfant après l'accouchement.

Le *D^r Marcel Poumailloux*, de Paris, met en lumière la multiplicité et l'importance des influences réciproques du *malade* et de son *entourage familial*. Il en montre les variétés psychopathologiques, les réactions morales, sociales et religieuses et en tire les conclusions pour l'exercice pratique de la médecine. L'étude de la « psychologie du malade » serait indispensable à l'« éducation » de l'étudiant en médecine, et l'« éducation sanitaire » du milieu familial est étroitement liée à l'amélioration de la santé physique et morale de la population.

Sous le titre : *Santé, Education, Morale*, le professeur agrégé *Pierre Delore*, de Lyon, montre combien l'œuvre d'hygiène est liée à la question de l'éducation. A la base de l'hygiène comme à la base de la médecine préventive et sociale, il y a un problème éducatif et moral. Hygiène et moralité sont inséparables. Les ministères de l'Education Nationale et de la Santé publique devraient avoir une direction unique et être animés de la même pensée : faire des hommes, au sens le plus complet du mot.

Ce volume se termine par un très important exposé d'une centaine de pages dans lequel *M^c Pierre Padis*, avocat à la Cour d'Appel de Lyon, après avoir posé le problème et en avoir exposé l'évolution historique, a réuni tout ce qui concerne *la protection juridique et sociale de la famille légitime en droit français contemporain*.

La richesse et l'intérêt des conférences qui figurent dans ce nouveau volume soulignent la persistance de l'activité féconde du Groupe lyonnais d'études médicales, philosophiques et biologiques.

René CHARPENTIER.

ASSISTANCE

Les enfants et les jeunes gens anormaux, Assistance, Hygiène, Education, par P. NOBÉCOURT et L. BABONNEIX. Avec la collaboration de J. DUBLINEAU, H.-M. FAY, R. LEVENT, L. MICHAUX et J. SIGWALD (1 vol. in-8°, 416 pages, Masson et C^o édit., Paris 1939).

Dans la *première partie*, intitulée *Anormaux psychiques*, M. L. BABONNEIX expose d'abord, dans un chapitre de *Généralités* (avec MM. R. Levent et J. Sigwald), tout ce qui a trait à l'étiologie, à la prophylaxie, à la thérapeu-

tique générales, envisageant l'application, aux maladies mentales, des lois de Mendel, ainsi que les questions relatives à la ségrégation et à la stérilisation des aliénés, d'une part, au certificat prénuptial, de l'autre. Avec M. H. Fay, il étudie ensuite les *troubles de l'intelligence*, et les moyens d'y remédier : hygiène de la mémoire, du jugement et de l'imagination ; organisation de classes spéciales ; orientation des arriérés. Avec M. Léon Michaux, il s'occupe des *troubles du caractère*, discute le rôle respectif de l'hérédité et du milieu, pour s'étendre ensuite sur les mesures à prendre selon les cas, y compris celles qui peuvent être déduites de la psychanalyse et de l'étude des réflexes conditionnels. Vient, enfin, avec M. J. Dublincan, le gros chapitre de la *délinquance infantile et juvénile*, où il pose et les principes de l'assistance qu'il convient d'accorder à de tels malades et leur application aux cas particuliers. Comme pour les chapitres précédents, la législation, tant en France qu'à l'étranger, est exposée avec le plus grand détail, les textes de lois étant cités in-extenso, puis commentés, de façon à indiquer ses lacunes et ses imperfections, ainsi que les améliorations qui devraient lui être apportées.

La *seconde partie*, intitulée les *anomalies physiques*, a été rédigée par MM. P. NOBÉCOURT et R. LEVENT. En raison surtout de la discrimination de la *poliomyélite*, le problème des infirmes moteurs est, en tous pays, devenu, ces dernières années, de plus en plus complexe. La variété des reliquats de la période aiguë, leur gravité lorsqu'ils sont stabilisés, leurs modifications dans des organismes d'enfants ou d'adolescents eux-mêmes en perpétuelle transformation, augmentent les difficultés, qu'elles soient thérapeutiques, hospitalières, intellectuelles ou sociales. Les auteurs mettent en lumière les progrès réalisés et esquissent ce que pourrait être un plan à exécuter tant au point de vue du statut légal qu'à celui des organismes à créer et, surtout, à coordonner.

Tuberculeux exceptés, la question des *infirmes de la respiration* et des *infirmes cardiaques* prend une importance de plus en plus grande et mérite d'être, dès maintenant, envisagée.

Depuis plus d'un siècle, *aveugles et sourds-muets* ont retenu l'attention du médecin et du législateur. Partout, cependant, les solutions anciennes s'avèrent caduques, et il y a beaucoup à reprendre ou à créer pour sortir des lisières surannées de l'assistance au sens étroit. Les auteurs, par des notions générales, pratiques et précises, ont voulu par ce travail permettre au médecin de s'acquitter au mieux de sa mission éventuelle de conseiller et de guide. Ils ont mis à sa disposition toute une documentation d'intérêt immédiat qu'un praticien isolé ne peut souvent que malaisément réunir, alors que l'importance pourtant croissante des organismes officiels de médecine sociale est impuissante à diminuer l'importance du rôle que doit jouer, sans suppléance possible, le médecin indépendant.

De toutes les questions qui occupent le premier plan de l'actualité, il en est peu d'aussi importantes que celle des anomalies observées chez les enfants et chez les jeunes gens. Tout doit actuellement être dirigé en vue d'une récupération sociale aussi parfaite et aussi étendue que possible. L'intérêt bien entendu de la société s'accorde ici avec l'humanité et la charité actives.

Par des notions générales, pratiques et précises, les auteurs permettent ainsi au médecin de s'acquitter au mieux de sa mission éventuelle de conseiller et de guide. Ils mettent à sa disposition toute une documentation d'intérêt immédiat qu'un praticien isolé ne peut souvent que malaisément réunir. C'est dire le grand intérêt de cet ouvrage.

R. C.

La protection sociale de l'enfance en France, par le Dr F. BOURGUIN, Chef du Service de Documentation au Ministère de la Santé Publique à Paris. *Préface* de M. Paul STRAUSS, Ancien Ministre de l'Hygiène (1 vol. in-8°, 184 pages. Masson et Co édit., Paris, 1938).

Par ses fonctions, M. F. BOURGUIN était particulièrement qualifié pour entreprendre cette étude. Il présente ici un exposé méthodique et ordonné de la législation française tendant à protéger l'enfant et la famille.

Examinant les divers plans sur lesquels est appelée à évoluer la réglementation qui découle des textes législatifs, d'abord dans le cadre national, ensuite dans le cadre départemental, il expose la structure et le fonctionnement du Ministère de la Santé Publique : Direction de l'hygiène et de l'assistance, — Direction des habitations à bon marché, avec leurs bureaux et les attributions de chacun d'eux, — Services d'inspection et de contrôle, — Conseils et commissions techniques chargés d'assister et d'éclairer les organismes administratifs.

Dans les chapitres suivants sont étudiées les mesures protectrices de l'enfant, depuis sa conception jusqu'à l'adolescence. Il envisage successivement l'hygiène préconceptionnelle, les conséquences de l'avortement et les mesures de prévention que représentent l'eugénisme et le certificat prénuptial ; il montre comment la législation vient en aide à la femme enceinte et les avantages que la mère et l'enfant peuvent retirer de la loi sur les assurances sociales et des organismes divers nés la plupart du temps de l'initiative privée, mais soutenus et contrôlés par les pouvoirs publics.

L'enfant né, il est protégé dès sa naissance par les institutions publiques et les œuvres privées : consultations de nourrissons, crèches, pouponnières, centres d'élevage, etc. ; et dans la seconde enfance par les écoles maternelles, les garderies, les jardins d'enfants, toutes organisations fonctionnant sous la sauvegarde et avec le concours de l'Etat.

A l'âge scolaire, l'enfant est dirigé et surveillé par l'instituteur, le médecin inspecteur et l'assistante scolaire qui auront les uns et les autres à donner leur avis lors des constructions d'écoles, pour la protection contre les maladies contagieuses, l'hygiène dentaire et oculaire, les écoles de plein air, les cantines, les camps et les colonies de vacances, etc.

A l'adolescence, l'orientation professionnelle, l'éducation physique, les sports vont compléter et perfectionner l'action de l'école publique. Cette étape marquerait la fin de cette intéressante étude si l'auteur ne croyait avec raison devoir nous présenter à côté de l'enfant normal au point de vue social, physique et intellectuel, quelques catégories d'enfants atteints d'infirmités particulières auxquelles les pouvoirs publics ont l'obligation d'apporter une sollicitude exceptionnelle : enfants abandonnés, pupilles de l'Assistance publique, enfants anormaux physiques ou mentaux, ceux que l'ignorance ou l'insouciance des parents exposent à un constant danger moral.

L'ouvrage se termine sur un chapitre concernant la protection de la famille où sont étudiées différentes mesures susceptibles d'aider le chef de famille dans sa difficile tâche : assistance aux familles nombreuses, législation compensatrice, allocations familiales, caisses de compensation, etc.

R. C.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances

La *séance ordinaire* du mois de NOVEMBRE de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 27 novembre 1939*, à 4 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

L'*Assemblée générale statutaire* et la *séance ordinaire* du mois de DÉCEMBRE de la Société Médico-psychologique auront lieu le *lundi 18 décembre 1939*, à 4 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

La *séance supplémentaire* du mois de JANVIER de la Société Médico-psychologique, séance réservée à des démonstrations anatomo-pathologiques et, éventuellement, à des présentations cliniques, aura lieu le *jeudi 18 janvier 1940*, à 9 heures 30, à l'Hôpital Henri-Rousselle (Amphithéâtre Magnan), 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement).

La *séance ordinaire* du mois de janvier de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 22 janvier 1940*, à 4 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

Nécrologie

M. le D^r J. SÉGLAS, Médecin honoraire de la Salpêtrière, Chevalier de la Légion d'Honneur, Ancien président et Doyen des membres titulaires honoraires de la Société Médico-psychologique.

HOPITAUX PSYCHIATRIQUES

Légion d'Honneur

Ministère des Pensions.

Est promu au grade d'*Officier de la Légion d'Honneur* :

M. ROULOT, Directeur administratif de l'Hôpital psychiatrique de Maison-Blanche, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise).

Croix de Guerre 1939

M. le Dr DANIEL SANTENOISE, Professeur de Physiologie à la Faculté de Médecine de Nancy, Médecin des Hôpitaux psychiatriques, a reçu la *Croix de Guerre 1939* à la suite des combats où sa division a été engagée du 9 au 15 septembre 1939.

Distinctions honorifiques

Sont promus au grade d'*Officier de la Santé Publique* :

M. le Dr LÉVY-VALENSI, professeur à la Faculté de Médecine de Paris ;

M. le Dr PASTUREL, médecin-directeur de la Colonie familiale de Dun-sur-Auron.

Sont nommés au grade de *Chevalier de la Santé publique* :

M. le Dr BRISSOT, Médecin-chef à l'Hôpital psychiatrique de Perray-Vaucluse (Seine-et-Oise) ;

M. le Dr René CULLERRE, président de la Commission de Surveillance de l'Hôpital psychiatrique de la Grimaudière, à La Roche-sur-Yon (Vendée) ;

M. le Dr LE MAUX, Médecin-chef à la Maison de Santé interdépartementale de Clermont-de-l'Oise ;

M. le Dr PIGNÈNE, Médecin-chef à la Maison de Santé interdépartementale de Clermont-de-l'Oise ;

Sont nommés *Officiers de l'Instruction publique* :

M. le Dr NAYRAC, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Lille ;

M. le Dr SANTENOISE, professeur à la Faculté de Médecine de Nancy.

Médaille d'honneur des Epidémies :

La *Médaille d'honneur des Epidémies* (en bronze) est attribuée à M. le Dr LAFAGE, médecin-chef de l'Hôpital psychiatrique de Toulouse.

Nominations

M. le Dr USSE est nommé Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique de Braqueville (Haute-Garonne) ;

M. le Dr LECONTE est nommé Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique de Maréville (Meurthe-et-Moselle) ;

Mme le Dr LECONTE-LORSIGNOL est nommée Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique de Lorquin (Moselle) ;

M. le Dr MATHON est nommé Médecin-Chef à l'Asile privé faisant fonction d'Hôpital psychiatrique public de Saint-Jean-de-Dieu à Lyon (Rhône).

Postes vacants

Sont déclarés vacants :

un poste de Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique départemental de Sotteville-lès-Rouen (Seine-Inférieure) ;

un poste de Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique autonome d'Armentières (Nord), poste créé.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Société Suisse de psychiatrie

La *Société Suisse de Psychiatrie* tiendra sa réunion d'automne à Berne, le 26 novembre 1939, à 10 h. 15', à l'Hôtel Sweizerhof, au lieu de la date et du lieu précédemment indiqués.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE (1)

Censure technique des travaux effectués par les Officiers du Service de Santé

Paris, 7 octobre 1939.

La direction du Service de Santé rappelle qu'aucun officier ne peut publier un travail qu'après autorisation ministérielle.

En accord avec l'Etat-Major de l'Armée, 5^e Bureau, elle a décidé, en outre, que toute publication destinée à des revues médicales et en général à la presse, notamment les mémoires ou communications scientifiques aux Sociétés Savantes, sera soumise, en temps de guerre, à une censure technique préalable exercée dans les conditions ci-après :

1^o Pour les officiers du Service de Santé aux Armées, par l'Inspection générale du Service de Santé qui dispose de médecins et de chirurgiens consultants aux armées ;

2^o Pour les officiers du Service de Santé du territoire, par la Direction du Service de Santé à l'Administration centrale qui dispose de médecins et de chirurgiens consultants du territoire.

La mention de cette censure technique devra être portée sur tous les travaux scientifiques destinés à la publication (y compris ceux devant figurer dans les Comptes Rendus ou Bulletins de Sociétés) qui restent, par ailleurs, soumis, comme tous les écrits, aux règles générales de la censure en temps de guerre, c'est-à-dire qu'ils doivent être présentés avant publication, sous la responsabilité des Editeurs, au Commissariat général de l'Information (Service du Contrôle).

Pour le Ministre et par son ordre :

Le Médecin général directeur,

Signé : MAISONNET.

Prophylaxie de l'alcoolisme

Paris, le 20 octobre 1939.

L'ivresse, même légère, étant, surtout lorsqu'elle survient chez certains hommes, la cause d'infractions nombreuses et graves à la discipline, il est du devoir de tous les officiers et gradés de prévenir les causes d'ivresse, de combattre les habitudes d'intempérance et, chacun dans ses attributions, de réprimer l'alcoolisme sous toutes ses formes.

(1) Circulaires intéressant les neuro-psychiatres mobilisés.

Particulièrement instruits par leur profession des conséquences de l'alcoolisme, les médecins doivent animer et diriger cette lutte. L'énergie, la ténacité et l'habileté avec lesquelles ils agiront témoigneront, non seulement de leur science clinique, mais encore de leur volonté de conserver à notre armée toute la force dont elle a besoin dans le moment présent.

En donnant vos instructions aux médecins de votre région, vous leur rappellerez quelles sont les particularités de l'alcoolisme dans le milieu militaire et quelles mesures mes circulaires antérieures ont prescrites.

Je désirerais toutefois que votre attention se porte sur certains points.

Il est malheureusement trop vrai que la propagande faite jusqu'à présent n'a pas donné les résultats espérés.

La cause en est peut-être, dans une certaine mesure, dans les exagérations et les erreurs génératrices d'incrédulité de certains propagandistes. La tolérance pour les boissons qui contiennent de l'alcool varie notablement d'un individu à l'autre et c'est pour l'avoir méconnu ou pour l'avoir nié que tant de paroles ont été vaines.

D'autres conférenciers n'ont pas su choisir, dans leurs souvenirs professionnels, les faits qui pouvaient le mieux convaincre leur auditoire : le gros cœur, même la cirrhose du foie, sont moins suggestifs que les conséquences judiciaires des violences de l'ivresse ou que le tableau de la descendance des alcooliques. Parce que l'obéissance inconditionnelle est une loi dans l'armée, la partie principale de chaque exposé doit être consacrée aux suites pénales de l'ivresse résultant des infractions à certains articles du Code de justice militaire.

Si, de plus, il prend soin de conformer toujours sa vie personnelle à ses paroles, le conférencier rendra publique sa croyance en la vérité de ses affirmations.

Il est encore un domaine, particulier au médecin, dans lequel il importe qu'une unité de vues soit réalisée : celui de l'expertise judiciaire.

L'ivresse n'exerce jamais une infraction à un ordre ou à une prescription légale, les experts le savent. En revanche, la manière dont ils apprécient les ivresses dites anormales varie souvent de l'un à l'autre. Aussi, conviendrait-il que vous leur rappeliez que le hérité dont ils jouiront auprès des chefs et des magistrats militaires dépendra pour une grande part des preuves qu'ils donneront, dans leurs rapports d'expertise, de leur connaissance du caractère et des réactions des sujets frustes. En faisant perdre à l'homme le contrôle qu'à l'état normal il exerce sur ses actes, l'alcool le livre à ses tentations : d'un homme fondamentalement bon, il fait un ivrogne bienveillant, d'un homme disposé à la violence, il fait un criminel, mais celui-ci ne saurait trouver une excuse dans son ivresse. Le rôle de l'expert est seulement de rechercher si l'inculpé présente des tares physiques ou des séquelles de maladie auxquelles sa disposition à la violence doit être rattachée.

Enfin, il est désirable que le dosage de l'alcool dans le sang soit, plus souvent que par le passé, un élément de l'expertise en cas d'accident, de violences ou de meurtre. Par les renseignements précis qu'elle permet d'obtenir, cette recherche fixera, dans beaucoup de cas, la part de responsabilité qui incombe respectivement à la victime et à l'auteur de l'accident ou des violences.

Pour le Ministre et par son ordre :

Le Médecin général directeur,

Signé : MAISONNET.

LÉGISLATION

Décret du 11 Septembre 1939 relatif à l'exercice de la profession médicale en temps de guerre (« Journal Officiel », 12 septembre 1939)

Article premier. — A la mobilisation ou dans les cas prévus à l'article premier de la loi du 11 juillet 1938, les médecins non mobilisables et les femmes médecins, de nationalité française ou ressortissants français, sont à la disposition du Ministre de la Santé publique, pour les besoins de la population civile, et tenus, sans ordre spécial, de continuer sur place l'exercice de leur profession, ou de rejoindre tout autre poste qui pourrait leur être assigné.

Art. 2. — Les médecins, chargés des soins à la population civile hospitalisée ou non, sont rémunérés dans les mêmes conditions qu'en temps de paix ; ils continuent, notamment, à recevoir les honoraires de la clientèle, ainsi que des collectivités publiques pour le traitement des malades à la charge de ces collectivités.

S'ils sont appelés à exercer hors de leur domicile, ils ont droit au logement.

Art. 3. — Les médecins chargés de façon intermittente d'un service public reçoivent une rémunération calculée sur la base de vacations, dont le montant est fixé par arrêté du Ministre de la Santé publique et du Ministre des Finances.

Exceptionnellement, les médecins chargés d'un service public permanent, à l'exclusion de tout exercice de la clientèle, ont droit à un traitement égal au traitement de début des médecins de sanatoriums publics. S'ils remplacent un médecin fonctionnaire, ils bénéficient du traitement de début et, éventuellement, des indemnités attachées à la fonction.

Art. 4. — Dans les cas prévus à l'article premier, les médecins ressortissants de pays alliés ou neutres régulièrement autorisés à exercer leur profession en France, en application de la loi du 26 juillet 1935, qui n'auraient pas souscrit l'engagement prévu à l'article 19 de la loi du 11 juillet 1938, devront, pour continuer l'exercice de leur art, obtenir l'autorisation du préfet du département de leur résidence.

Art. 5. — Les médecins visés à l'article premier ci-dessus doivent, en temps de paix, notifier immédiatement tout changement de domicile à la préfecture de leur ancienne résidence.

Art. 6. — Pour toutes les questions qui n'ont pas été réglées par les dispositions qui précèdent, est applicable le décret du 28 novembre 1938 sur les réquisitions.

Art. 7. — Les médecins déplacés par ordre, dans les conditions de l'article premier « in fine », ne pourront, pendant un délai de cinq ans à compter de la date de cessation des hostilités, exercer leur art dans la localité où ils ont été envoyés et dans un rayon de 20 kilomètres autour de cette localité.

Art. 8. — Les infractions aux dispositions du présent décret sont passibles des sanctions portées à l'article 31 de la loi du 11 juillet 1938.....

UNIVERSITÉ DE PARIS

Faculté de Médecine

Leçon inaugurale du Professeur Laignel-Lavastine

Succédant au Professeur Henri CLAUDE à la *Clinique des Maladies mentales et de l'Encéphale* de la *Faculté de Médecine de Paris*, le Professeur M. LAIGNEL-LAVASTINE a fait sa leçon inaugurale à l'amphithéâtre de la Clinique à l'Hôpital psychiatrique Sainte-Anne le mercredi 15 novembre 1939.

En dépit des circonstances, l'amphithéâtre, complètement rénové, changé d'axe, largement éclairé par toutes ses fenêtres maintenant dégagées, était garni, à dix heures, d'une assistance nombreuse au milieu de laquelle bien des uniformes militaires traduisaient les heures graves que nous traversons.

M. le Recteur ROUSSY, M. le Doyen TIFFENEAU, M. Serge GAS, *Directeur général de l'Assistance publique*, M. MICHAUT, *Sous-directeur des Affaires départementales à la Préfecture de la Seine*, des membres de l'Académie de médecine et des Professeurs de la Faculté, des médecins des Hôpitaux psychiatriques de la Seine avaient tenu à apporter au nouveau titulaire de la chaire de Sainte-Anne l'hommage de leur sympathie.

M. LAIGNEL-LAVASTINE rappelle la nécessité, proclamée par M. le Recteur ROUSSY à la séance de rentrée de l'Université de Paris, d'assurer la permanence de la vie intellectuelle du pays. Il dégage les traits essentiels de l'œuvre importante de son prédécesseur, le Professeur Henri CLAUDE, dans le triple domaine de la médecine générale, de la neurologie et de la psychiatrie, puis il évoque la silhouette, la fine et attachante personnalité de son maître de prédilection, le Professeur Gilbert BALLET, et l'époque où, il y a 20 ans, il assurait la suppléance du Professeur DUPRÉ.

L'enseignement que M. Laignel-Lavastine destine aux étudiants en médecine revêtira un caractère pratique. Il reposera sur trois grands principes : l'unité de la méthode clinique, qui fait remonter de l'étiquette pittoresque au syndrome, à l'affection, puis à la maladie ; — la valeur du coefficient réactionnel de l'individu, capitale en psychiatrie ; — la primauté de l'objectivité, dont le domaine s'accroît de toutes les méthodes modernes d'investigation.

L'importance du facteur social, lié aux réactions du psychopathe, et celle du facteur psychologique, en rapport avec l'intérêt de la psychologie morbide, ne doivent pas repousser au second plan le point de vue médical. D'où l'utilité des services ouverts, qui sont à généraliser dans les hôpitaux psychiatriques.

La péroraison de cette belle leçon, toute imprégnée d'un large humanisme, est saluée des vifs applaudissements de l'auditoire, lorsque M. Laignel-Lavastine montre « l'avis du psychiatre indispensable dans le conseil de la Nation », « dans un pays qui ne peut accepter la régression de l'individu annihilé par le social », et fait sienne la pensée de Voltaire dans son poème sur la Liberté : « la liberté dans l'homme est la santé dans l'âme ».

NÉCROLOGIE

J. Séglas (1856-1939)

Né le 31 mai 1856, Docteur en médecine en 1881, Médecin des quartiers d'aliénés des hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière de 1886 à 1921, ancien expert près les tribunaux, membre et ancien président de plusieurs sociétés savantes, Chevalier de la Légion d'honneur, M. Louis-Jules-Ernest SÉGLAS est décédé le 6 décembre 1939.

Comme travaux d'ensemble, il avait publié : un volume sur le *Délire des négations* (couronné par l'Académie de Médecine) ; un autre sur les *Troubles du langage chez les aliénés* ; un article de deux cents pages sur la *Sémiologie des affections mentales* dans le *Traité de pathologie mentale* ; et un volume de *Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses*. Ce dernier est un recueil de vingt-huit leçons dont quelques-unes ont été publiées dans des périodiques de l'époque : parmi les sujets traités, nous pensons qu'il convient de signaler plus particulièrement ce qui a trait aux hallucinations, aux obsessions, à la confusion mentale primitive, à la paralysie générale, à la mélancolie sans délire, à la paranoïa, au délire des négations, aux persécutés auto-accusateurs, à l'examen morphologique des aliénés et des idiots.

En ce qui concerne les communications faites aux sociétés savantes, et les articles parus dans les périodiques médicaux, leur nombre est si grand que plusieurs pages ne suffiraient pas, même pour une simple énumération, et l'on peut dire qu'il n'est point de chapitre de la psychiatrie auquel M. Séglas n'ait apporté une claire et méthodique contribution. Nous nous bornerons donc à citer ses communications ou articles concernant la *Paranoïa*, le *torticolis mental*, la *paralysie générale*, les *idées de négation*, les *hallucinations verbales psychomotrices*, la *mélancolie anxieuse*, le *délire chronique*, la *catatonie*, la *folie puerpérale*, les *délires de persécution systématisés*, le *mutisme*, l'*obsession hallucinatoire* et l'*hallucination obsédante*, les *obsessions*, la *confusion mentale primitive*, le *négativisme mnésique*, le *dermographisme*, la *démence paranoïde*, et le *délire systématique primitif d'auto-accusation*.

Cette courte notice nécrologique est donc une simple énumération de dates, de titres scientifiques et de publications. C'est à dessein qu'elle a été rédigée ainsi et cela pour correspondre à une volonté nettement exprimée par M. Séglas, soit verbalement, soit par écrit. On ne peut donc que s'incliner devant son désir et c'est uniquement pour respecter la volonté d'un mort qu'il ne sera rien écrit d'autre sur ce grand maître de la médecine mentale française.

Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.

Imprimé par Imp. A. COURSLANT (personnel intéressé)
à Cahors (France). — 59.333

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

PENSÉE AFFECTIVE ET PSYCHOPATHOLOGIE

PAR

J. BURSTIN

III. Troubles de la synthèse mentale

Dans la première partie de ce travail (1), on a essayé de donner une idée de ce vaste édifice que constitue la pensée avec ses plans, ses structures de nature si composite, la multiplicité des contenus qui y déroulent leur cycle à chaque instant. Par là-même, il est devenu évident que l'unité mentale exige un travail de synthèse et n'est guère possible sans elle, puisque, sur le plan de la conscience, tout est multitude hétéroclite. Cette unité est en premier lieu une unité discursive ou une unité sur le plan de l'action, mais jamais une unité de conscience. Oui, même dans le cas d'idéation volontaire, donc poussée dans une direction privilégiée au détriment des autres, — puisque le courant idéatif se déroule simultanément sur plusieurs plans, — puisque les éléments subordonnés gravitent autour du centre, constituent autant de foyers d'idéation autonome. Le courant principal char-

(1) Voir *Annales Médico-Psychologiques*, 1939, Tome II, n° 3, p. 382, et 1939, Tome II, n° 4, p. 495.

rie donc toujours avec lui un contexte plus ou moins touffu, suscité par les affinités affectives ou pragmatiques de ses éléments. De plus, presque toujours, à la périphérie, se déroulent simultanément plusieurs courants alimentés par les matériaux de l'ambiance perceptive, n'ayant donc rien de commun avec le courant principal.

L'œuvre de la synthèse mentale est loin d'être parfaite. Déjà à l'état normal, avec la moindre oscillation, qu'elle soit en-dessous ou au-dessus de ce qui est censé présenter l'état normal, des fissures bien dangereuses ne manquent pas de se produire dans cette unité. Il suffit de la moindre exaltation ou, au contraire, d'une fatigue un peu accentuée, pour que le courant de la pensée soit troublé dans la disposition de ses parties constituant-tes et dévié dans sa direction. Des associations, provoquées par l'aspect visuel ou auditif du mot, surgissent de partout, coupent et hachent le discours. Celui-ci est dévié continuellement de sa direction par les sollicitations des éléments subordonnés, par les apports de l'activité perceptive. A cause de ces détours incessants, la pensée devient elliptique, saccadée, elle n'a plus la possibilité d'envisager les chaînons intermédiaires. Nous sautons des mots, nous ne finissons pas nos phrases. Parfois, au contraire, elle est arrêtée dans sa course et reste comme accrochée à certains éléments sensibles sans pouvoir les quitter (stéréotypies verbales). Dans d'autres cas, deux contenus qui, avec une égale insistance, se présentent pour s'extérioriser, se fusionnent en une seule unique formation, sorte de monstre mental (lapsus). L'élément moteur qui forme la trame la plus profonde de la pensée, réapparaît à la surface : nous gesticulons, nous soulignons par le jeu de notre mimique, la nature de notre pensée ; nous ébauchons un commencement d'exécution des actes énoncés. Les différents plans de la pensée : l'affectif et le pragmatique, le sensorio-moteur et le représentatif s'extériorisent et s'entremêlent dans un désordre plus ou moins grand dans la pensée formulée.

La maladie, là où elle s'attaque à la synthèse mentale, ne fait que reproduire d'une manière plus intense, plus étendue, plus profonde, plus spectaculaire, ce que nous offre déjà l'état normal. Là aussi, le processus morbide ne crée rien qui soit particulier à lui. Il trouble plus ou moins profondément la synthèse mentale. Suivant l'étendue du trouble, la pensée va opérer avec des produits plus ou moins inachevés, plus ou moins simples. Les liens qui maintiennent les divers contenus hétéroclites de la conscience seront plus ou moins relâchés ou même complète-

ment abolis. Ceci s'exprimera évidemment dans le degré de dislocation variable de la pensée discursive. Mais dans tous ces cas, parmi tous les éléments qui se trouvent ainsi extériorisés, on ne trouve rien qu'on n'ait l'habitude de voir dans la pensée normale.

La maladie n'agit pas d'une manière uniforme. Le non-achèvement de l'élaboration mentale peut s'arrêter à des niveaux différents. D'où certains plans qui peuvent se trouver favorisés au détriment des autres et prendre ainsi une importance prédominante ou même exclusive dans l'ensemble de la vie psychique. A ce point de vue, les processus aigus, tels qu'ils se réalisent dans l'excitation maniaque ou la confusion mentale, se prêtent par excellence à l'étude de la pensée sous sa forme la plus primitive, la plus spontanée, là où elle reste enchaînée à l'apparence sensible immédiate et subit docilement le courant perceptif qui la traverse. En effet, ce qui frappe au premier abord dans ces états, c'est l'assujettissement quasi-total de la pensée au flux et reflux des apports perceptifs.

Il y en avait qui étaient ouvertes, bon cœur... pratique... navigue (association par assonance = action du sensible immédiat).

(Le malade marchant sur le matelas) :

Ça ne plie pas comme le jambon (enchaînement des impressions sensibles analogues, le mot jambe qui a servi comme intermédiaire, jambe → jambon, association par assonance, n'a pu passer dans la phrase), j'en suis d'aplomb. Je suis aux poids et mesures (évocation des structures acquises grâce à l'action du médiateur affectif).

La pensée n'a pas de direction ni de thème constants. Sa direction et ses thèmes varient au gré des flottements de l'ambiance perceptive et elle en épouse servilement les moindres incidents. Il se fait une espèce de course de vitesse entre les variations incessantes de l'ambiance et la pensée qui désire traduire et formuler tout ce qui la traverse, tout ce qui la frappe, tout ce qui la retient et préoccupe en un instant donné. Ceci se traduit sur le plan verbal par une logorrhée intarissable. Dans cette compétition, la pensée, au moins la pensée discursive, a fatalement le dessous. Elle s'essouffle vite, elle devient saccadée, elliptique, elle n'a pas le temps de développer ses motifs, elle les entremêle, elle les abandonne en route, etc... Tout ceci n'est que trop visible dans les états mentionnés ci-dessus, nous nous dispensons de citer des exemples.

Le travail d'élaboration mentale (car même dans ce cas, il y a

élaboration) est réduit à l'enchaînement des matériaux suivant leurs affinités sensibles immédiates. Rien n'est plus caractéristique à cet égard que la manière suivant laquelle est traitée la matière verbale. Ce qu'on appelle associations par assonance, par homophonie, etc., n'est qu'un rapprochement en vertu d'une parenté des impressions sensibles immédiates. Le mot n'est pas envisagé en tant que symbole mais uniquement sous son aspect « présentatif », d'où, comme on dit, des associations purement formelles.

« ...cassé le bout, battre, content, ficelle, épatant, la mère Durand ce qu'elle l'avait grand. Henri Quatre il en faut quatre, trois, deux et un partout ». (Chaslin).

Ce courant perceptif tourné vers l'extérieur, est entrecoupé de temps à autre par des éléments venant du fond mental du malade (Henri Quatre fait dire quatre, trois, deux, etc. De même, « je suis d'aplomb », amène « je suis aux poids et mesures »). Cette incursion des éléments personnels est déterminée par les rapports affectifs qu'ils soutiennent avec les éléments venant du dehors. Ainsi, dans l'exemple ci-dessus, *aplomb* → (*plomb*) → poids et mesures. Le nombre quatre évoque les éléments de la structure dont il fait partie. Parfois, ces rapports sont assez obscurs et difficiles à démêler. L'incursion ne se fait donc pas au hasard, comme on le dit souvent, elle est soumise à un déterminisme qui, pour si différent qu'il soit de celui de la pensée logique, n'en est pas moins un. D'ailleurs, la participation des éléments venant des structures acquises est ici reléguée au second plan. Elle acquiert au contraire toute son importance, comme on le verra par la suite, dans les processus chroniques.

Quoi qu'il en soit, il est clair qu'une telle participation ne fait qu'augmenter le disloquement verbal d'une pensée qui, toute tendue à rendre les variations kaléidoscopiques de l'ambiance perceptive, change sans relâche de direction et de sujets. Frappés par la richesse exorbitante du flux perceptif qui se déverse ainsi librement à l'extérieur, flux où des détails sans importance, des traits les moins marquants, sont relevés et fixés au même titre que les autres, nombre d'auteurs ont parlé d'une hypermnésie qui serait le fait de la maladie. Eh bien, il n'y a pas d'hypermnésie ou, s'il y en a, elle est l'apanage de tout le monde. Toutes les autres formes de la pensée trouvent dans ce courant perceptif leur base et leur point de départ. Sur les plans supérieurs, ces matériaux sont repris, triés, acceptés ou

mis de côté, délaissés ou même refoulés, suivant leur importance dans la hiérarchie mentale. Ainsi, les plans supérieurs se trouvent, en définitive, opérer avec des matériaux relativement restreints, surtout quand on les compare avec la richesse exorbitante de l'état initial. En raison de la profonde atteinte de la synthèse mentale, cet état initial peut ici se manifester en toute liberté. En résumé, on peut donc affirmer que ni les matériaux, ni les modalités suivant lesquels ils s'élaborent, ne sont nullement le fait de la maladie, mais relèvent du niveau mental correspondant. La maladie arrête à certaine hauteur l'élaboration et extériorise ses contenus. A cela, se limite son rôle.

Dans d'autres cas, et ceci se produit toujours dans les formes cliniques que, par opposition à l'accès maniaque ou la confusion mentale, on peut appeler chroniques, ce sont les structures acquises qui fournissent le principal apport au tableau de la désintégration mentale. Ici, la synthèse est beaucoup moins atteinte, puisque l'activité psychique, au lieu de se dérouler presque exclusivement sur le plan de l'apparence sensible immédiate, arrive encore, au moins dans sa partie prépondérante, à s'effectuer autour du médiate et de son système d'entités structurales. Mais la synthèse n'arrive plus à imposer un ordre dicté par les nécessités du moment, ni à coordonner les diverses structures présentes dans le champ de la conscience.

Le monde des choses individualisées, organisées, dont il a été longuement question ailleurs (1), n'est nullement un phénomène primaire. La structuration spontanée jette un réseau de schèmes basés sur les différents modes d'action du sujet, sur ses façons d'éprouver, etc... Ces schèmes qui englobent la totalité de l'expérience de l'individu, sont par leur nature même égocentriques, téléologiques, anthropocentriques. La notion « chose » résulte d'un travail qui rassemble, résume une multitude de ces schèmes. Chacun d'eux exprime un aspect particulier de l'objet dans une situation donnée. L'ensemble forme un système où, disposés sur plusieurs orbites, gravitent les éléments plus ou moins éloignés du centre, suivant les relations qu'ils ont soutenues avec celui-ci. Ce centre est éminemment variable. Chacune des parties composantes peut le devenir. Il exprime chaque fois l'aspect intéressant de la situation. Dans les ensembles ainsi constitués se voient réunis : le désir et la manière d'opérer pour le réaliser, la notion de la difficulté et la grandeur de l'effort à fournir, l'attraction doublée de la conscience de la possibilité ou de l'impossibilité physique. Le souhai-

(1) *Annales Médico-psychologiques*, octobre 1939.

table y voisine avec le socialement compatible ; le pour y cou-
doie le contre. En face des éléments positifs, se dresse conti-
nuellement, comme leur complément naturel, leur opposé. L'am-
bivalence est de rigueur. Normalement, sur le plan verbal ne
s'extériorise que le produit hiérarchisé, ordonné autour d'un
centre correspondant à l'aspect de la situation et du moment.
On perçoit uniquement la résultante de l'opération mais nul-
lement les composants. Dès que la synthèse mentale est affaiblie
ou supprimée, l'ensemble ne s'édifie plus en hauteur, par cou-
ches superposées, mais il s'étale en largeur et se manifeste plus
ou moins intégralement avec tous les éléments qui le com-
posent.

« Le rêve », dit Freud, « excelle à réunir les contraires ». Le fait est indiscutable, mais le rêve n'y est pour rien. Il n'y a aucune activité spéciale de sa part à cet égard. Il s'agit unique-
ment d'une manifestation qui fait apparaître les composants de la pensée, à la place, comme c'est le cas habituel, de leur résultante. Cette manifestation est rendue possible grâce au relâchement de l'activité de synthèse en particulier et de l'activité pragmatique en général, qui se produit dans le rêve. La psychopathologie, elle aussi, précisément pour la même raison, « excelle à réunir les contrastes » et cela d'une manière qui est une réplique exacte à celle du rêve. On retrouve l'ambivalence dans toutes les structures mentales parce qu'elle en constitue une partie intégrante. Chaque fois que les circonstances le permettent, peu importe leur nature, elle se manifeste. Parce que le terrain s'y prête, l'ambivalence s'extériorise dans la psychasthénie. Un très grand nombre de tics des psychasthéniques, comme l'a décrit P. Janet, ne sont autre chose qu'un moyen de défense contre l'ambivalence (on commence par rire quand on veut être sérieux, on ébauche une grimace quand on veut être aimable, etc.). C'est aussi parce que les conditions s'y prêtent, pour des raisons tout autres, que le contraste mental se manifeste dans les processus relevant de la désagrégation mentale.

La psychopathologie connaît une manifestation de contraste qui, par sa fréquence et son importance, a une signification très précise : c'est le contraste moral. Le plus souvent, son extériorisation annonce le début du disloquement de l'édifice mental. La contrainte de la réalité sociale sous sa forme d'incompatibilité morale refoule et maintient à la périphérie des structures toute une série de contenus. Avec l'atteinte portée à l'intégrité mentale, ces contenus sont les premiers à manifester leur présence sous la forme de la « personnalité à rebours » pour se servir d'une expression de G. de Clérambault.

La personnalité seconde, dit cet auteur, « est constituée par une sélection à l'envers, son vocabulaire est grossier, son répertoire est lubrique, scatologique..., subversif, tout cela est pris aux rebuts de la personnalité première.

Très proches de ces phénomènes de contraste moral, mais formant déjà une transition vers les structures que nous avons qualifiées de compensation, de réactionnelles, sont les haines familiales, sociales, que rien jusque-là n'a laissé soupçonner et qui, comme l'ont constaté plusieurs auteurs, se manifestent très souvent avec la « personnalité à rebours ».

Sous peine de nous répéter, rappelons que ces matériaux pris « au rebut de la personnalité » forment une partie intégrante des structures mentales. C'est précisément la nature très particulière du terrain psychasthénique en révolte contre ce fait qui donne naissance aux phobies et aux obsessions.

En même temps que les haines familiales ou sociales, tous les contenus relevant de l'activité de compensation peuvent être libérés et portés au grand jour. Le tableau pourrait alors simuler celui examiné dans le sous-chapitre précédent sous le nom de « troubles dans la hiérarchisation des faits ». Ce qui nous donne le change, c'est que, dans les deux cas, peuvent se libérer des contenus identiques ou similaires. En réalité, il s'agit des faits essentiellement différents. Dans le premier cas, il s'agit d'un processus actif, d'un soulèvement insurrectionnel et d'une ascension vers un plan supérieur de certains contenus. Ici, au contraire, on est en présence d'un processus purement passif : l'activité de coordination, d'ajustement, de contrôle, étant supprimée, la conscience déverse purement et simplement au dehors tout ce qui la remplit, donc les structures de compensation entre autres. [C'est parce que cette activité de coordination est supprimée qu'on observe dans le rêve, dans la fatigue, l'extériorisation des structures réactionnelles]. La pensée dévide tout ce qu'elle trouve sur son trajet, mais la nature de ce « tout » dépend de la constitution psychique de l'individu. La constatation faite par certains auteurs que, dans l'hébéphrénie-catatonie, syndrome ou précisément la désorganisation et l'émiettement de la pensée occupent l'avant-scène, les symptômes essentiels de la schizophrénie, tel l'autisme, sont relégués au second plan, ou peuvent même faire défaut, s'explique ainsi facilement.

Il est évident que le processus de désintégration ne s'arrête nullement à la surface. Il ne se limite pas à l'extériorisation de la personnalité seconde et des complexes de compensation. Avec la progression de la maladie, il se produit un étalement de plus

en plus large de toutes les structures et bientôt les parties composantes elles-mêmes ne manquent pas à leur tour d'être prises dans le processus. La pensée fait apparaître sa trame essentielle: elle montre toute la foule de ses constructions centrées sur le sujet, tournant autour du sujet, ayant leur point d'appui sur le sujet.

Chez un malade, le mot plat provoque la série associative suivante : assiette, théière..., moulin à café, carafe d'eau, une assiette creuse..., sellière..., service à l'huile..., boîte aux clous de girofle..., trois coque-tiers japonais, une miche de pain (rire)..., un rond de serviette en argent... (ferme les yeux)..., la suspension..., une rallonge de table..., etc... (Baruk et Morel).

Cette série correspond aux objets que la malade a vus chez sa grand'mère. Nous avons cité plusieurs exemples de même nature empruntés à Gelb et Goldstein (le malade qui énumère les animaux dans l'ordre suivant lequel il les a vus au Zoo, etc.). La contiguité, la disposition topographique, la succession dans le temps, sont l'unique lien qui unit les composants de beaucoup d'ensembles. Ce sont des structures égocentriques puisqu'on rassemble une foule de données sans se préoccuper de leur nature intrinsèque, uniquement pour la raison qu'on les a aperçues simultanément, ou qu'on les a vues successivement ; le lien dérive du sujet et non de la nature intime des choses. Ces structures peuvent être parfois raisonnables mais ne sont jamais raisonnées. D'autres fois, les systèmes qui se révèlent font voir une organisation basée sur le mode d'acquisition (professionnel, scolaire, etc.).

Le malade de Baruk et Morel, cité ci-dessus, dévide sur un « ton de récitation » des notions scolaires : « Il y a trois sortes d'os, les os longs, les os courts, les os plats ; puis, il y a trois sortes de dents, les incisives, les canines, les molaires, etc... ».

D'autres fois encore, c'est une analogie qu'il faut chercher dans la réaction sensible du sujet qui forme le lien entre les différentes parties d'un ensemble. On pourrait ainsi multiplier l'énumération de différences de structures, mais quels que soient leurs aspects, elles ne sont que les multiples expressions du médiateur affectif, comme il en était question ailleurs. C'est le sujet, ses réactions sensibles, son histoire qu'elles traduisent et non les propriétés objectives des choses telles que les comprend la pensée rationnelle.

Ces ensembles, le moindre incident les déclanche et les fait se dérouler d'une manière presque incoercible dans l'intégrité absolue de tous leurs éléments.

1) « Musique, messe, prière, ainsi soit-il (système musique fait surgir un de ses composants : messe qui à son tour amène le « ainsi soit-il ») (même malade).

2) Bordeaux est sur la Garonne, mer Caspienne (système topographique, Bordeaux est sur la Garonne, mène au système fleuve qui à son tour évoque ses constituants mer → mer Caspienne).

3) Cathédrale de Mulhouse (système ayant comme lien l'analogie sensible immédiate : Toulouse — Mulhouse, association par association) (1).

Qu'est-ce qu'une République ? C'est là où pas deux millions d'hommes, où pas d'Empereur, où parmi millions d'hommes, où il n'y a d'Empereur, un républicain, je vous prie, nà, ha, République, etc... (C. Schneider).

Le malade projette les composants du système « République » tels qu'ils se pressent dans son esprit : simultanés et actuels. Il procède exactement de la même manière que le malade de Goldstein qui, à la question : Qu'est-ce qu'une grenouille ?, étale d'une manière analogue tous les éléments qui rentrent dans le concept « grenouille ».

A mesure que le processus morbide progresse de plus en plus, la dislocation accentue ses ravages. Tout ce qui est décomposable, est effectivement décomposé ; la pensée s'émiette de plus en plus, elle fait apparaître son fond : le support moteur sur lequel s'élève toute la superstructure mentale fait son apparition.

L'idéation de l'hébéphrénocatatonique est coupée ou accompagnée par des mouvements stéréotypés et rythmés. Pour quelques-uns de ces mouvements, il devient vite évident qu'ils sont l'expression motrice des idées en train de se dérouler. Morel et Baruk ont signalé un malade chez qui le déroulement d'idées de force et de sports s'accompagnait des mouvements musculaires correspondants.

Un autre malade de ces auteurs, invité à lire, épelle en même temps qu'il trace les lettres en l'air. Rappelons que l'aphasique n'en faisait pas autrement.

Sur le plan verbal, le substratum moteur s'exprime sous la

(1) D'une manière générale, nous tâchons, dans la mesure du possible, de choisir nos exemples parmi ceux qui sont tombés, pour ainsi dire, dans le domaine commun. La responsabilité de l'interprétation qui accompagne ces observations nous incombe entièrement.

forme de la tendance rythmique. L'action du rythme est à la base des associations par assonance dont il a été question à maintes reprises. Ici, avec l'accentuation du processus morbide, son rôle sur le plan verbal devient prédominant, parfois même exclusif ; il arrive à accaparer et à dévier à son profit la presque totalité, ou peu s'en faut, du discours. Dans les cas atténués, ceci s'exprime par les stéréotypies verbales.

Le fil du discours se trouve brusquement arrêté ; un son, un mot, une formule verbale a surgi et le malade s'entend les répéter malgré lui sans relâche, il lui est impossible de faire le moindre pas en avant. On a l'impression qu'il est comme happé au passage par la puissance du sensible, détourné de sa voie et entraîné de côté. Il reste comme accroché au contact qui vient de s'établir et ce n'est qu'après un moment plus ou moins long, grâce à un effort pénible, qu'il réussit à reprendre sa liberté et peut poursuivre le fil de son discours.

Dans d'autres actes, notamment quand il y a participation d'un élément hypomaniaque, le tableau change, l'emprise de la tendance rythmique devient exclusive. La phrase ne se fait plus du tout, ou à des intervalles très éloignés. Le mot se voit à son tour relégué au second plan ; il est décomposé en syllabes et ce sont celles-ci qui prennent sa place. Par contre-coup, aux associations par assonance et autres se joignent de plus en plus les allitérations (répétition de mêmes lettres ou de mêmes syllabes), l'assimilation (emploi des syllabes de formes semblables), etc...

« ...Le gin de l'air de l'erme, le giderme, le citerne, le cimterne, de l'arterme, le gin de l'air de l'airne, le citerne, le cin de terme, de la terme... » (Cénac).

Dans de tels cas, le mot se voit complètement dépouillé de son rôle de symbole, de porteur de significations, il ne lui reste que son aspect le plus immédiat, le plus palpable : celui d'un phonème, c'est-à-dire d'un simple son. Le rythme règne en maître incontesté et absolu.

Il serait intéressant d'étudier ces phénomènes du même point de vue que le fit Grammont pour la poésie.

L'étalement en largeur et l'extériorisation des différents contenus de la pensée disloquée fournit une sorte de contre-épreuve aux considérations que nous avons été amené à émettre au sujet de la structure de la pensée, considérations auxquelles a conduit l'examen de faits de toute autre nature. La pensée apparaît ici, de nouveau, à nos yeux, avec la multiplicité de ses plans et de

ses structures qui expriment la totalité du monde perceptible sous l'incidence propre du sujet.

Le tableau qu'offre la maladie, le rêve lui aussi, le réalise dans une certaine mesure. Le relâchement de l'activité de synthèse telle qu'elle se produit dans le rêve, provoque, tout comme dans la maladie, l'étalement en largeur de tout le contexte mental avec sa confusion habituelle de plans, d'éléments et de structures dissociées. Ici réside une autre raison essentielle de l'étroite parenté entre le rêve, la rêverie, etc., et les états psychopathologiques. En effet, la partie incohérente qui existe dans chaque rêve à côté d'une partie organisée (il en a été question plus haut) prend ici naissance. Il n'y a donc rien d'étonnant à ce que tout le cortège habituel qui accompagne la dissociation mentale se retrouve au grand complet dans le rêve.

Pour la clarté de cet exposé, on s'est attaché à faire ressortir les différents composants de la pensée disloquée à l'aide d'exemples choisis d'une telle manière qu'ils ne fassent ressortir qu'une certaine catégorie des éléments, en laissant à l'arrière-plan les autres. En réalité, tous les éléments ainsi distingués : données perceptives, complexes de compensation, structures échafaudées le long de l'existence se rencontrent chaque fois que la synthèse mentale devient déficiente. Ce qui varie, c'est la proportion, la place occupée par chacun d'eux dans l'ensemble du tableau clinique.

L'étude de différents composants de la pensée disloquée permettra maintenant de comprendre le déroulement idéatif de cette pensée et la nature des accidents qui jalonnent son chemin. En même temps, cet examen permettra de broser en quelque sorte un tableau d'ensemble en montrant au pied de l'œuvre les éléments dégagés antérieurement.

Le courant de la pensée disloquée est dominé par deux faits : cette pensée cherche à traduire sur le plan verbal tous ses composants, intégralement et simultanément ; la pensée extériorisée est notre pensée spontanée, donc une pensée affective. Ces deux facteurs s'intriquent intimément et il n'est pas toujours aisé de distinguer la part de chacun d'eux.

L'action du premier a pour résultat l'incohérence idéative et verbale. La pensée se voit assaillie à chaque moment par une multitude de motifs : structures acquises décomposées en leurs éléments, complexes de compensation, matériaux perceptifs, données charriées par des courants autonomes, se pressent impétueusement pour se déverser au dehors. Chacun d'eux arrive à

s'emparer pour un laps de temps de la direction de l'activité mentale pour se voir presque immédiatement évincé par un nouvel arrivant.

1 motif) « Oh mon pauvre mari, je n'avais pourtant que toi... des peines et des peines...

2) J'arrive et je trouve des punaises dans le lit, des poules à faire pondre...

4 + 3) Cette pauvre fille, elle ne sait pas faire pondre les poules, il faut la renvoyer chez sa mère...

5) Et dire que j'ai mangé en route le gâteau que je portais à la nourrice de mon fils, en voilà du chichi...

6) Les lapins ont bien fait de se sauver..., elle n'a que ce qu'elle mérite (probablement retour au 4) nous le raconterons à la belle-mère...

7) Ah ! celle-là, c'est bien une femme à faire de la morale aux papillons..., etc. (Janet).

Parfois, certain ordre semble s'installer, si on peut ainsi dire, dans ce désordre. En effet, il arrive que deux ou même plusieurs thèmes se succèdent à tour de rôle plusieurs fois de suite dans la direction de la pensée (voir l'exemple ci-dessous). Dans ce cas, chaque motif voit son cycle entrecoupé par des hiatus plus ou moins régulièrement disposés dans le temps, et occupés par les motifs concomitants. C'est en somme une espèce de compromis dans la tendance à dévider simultanément tous les contenus de la conscience d'un moment.

La fusion est un autre compromis du même genre. Deux éléments qui sollicitent la pensée avec égale insistance reçoivent satisfaction tous les deux : ils sont extériorisés simultanément. Pour arriver à cela, la pensée les condense en un seul produit, elle opère une fusion. Le lapsus est l'expression la plus simple d'une telle opération.

D. — Quelle date sommes-nous aujourd'hui ?

R. — C'est le 18 brumaire 1904.

(Fusion évidente de deux contenus, l'un est évoqué par la question, l'autre occupe une place privilégiée dans la conscience au moment précis.)

D. — Qu'y a-t-il eu ce jour-là ?

R. — Il y a eu 14 Somalis qui naquirent dans une fleur de lys.

(Fusion de plusieurs contenus, le malade est un ancien sous-officier) (Claude).

1) ...Je vais m'engager comme aide de camp vétérane (fusion évidente).

D. — Qu'est-ce que c'est cela ?

2) R. — Ce sont vos affaires (pour dire mes affaires, fusion).

3) C'est la marée en simée (néologisme), se regarder dans une mare, je m'occupe de vos affaires (retour au motif 2).

Aide de camp (motif 1), c'est la mare simée ; l'azène (motif 3), vous l'envoyer promener (2), toujours courir, pourtant loger quelque part (associations amenées par le motif 2).

D. — Qu'est-ce que c'est l'azène ?

R. — C'est l'abanzène, l'aide du camp comme vétéran (pas très clair, mais fusion de motifs 1 et 3 évidente) (Chaslin).

Le second facteur, le fait que la pensée qui s'extériorise ainsi, est notre pensée spontanée, est le grand responsable de ce qu'on désigne à tort sous le nom de trouble de la vie d'association. Ce sont les lois propres à la pensée affective qui dirigent et déterminent le courant idéatif. La pensée affective s'extériorise en même temps que ses façons de faire, ses modes de lier les données et ses manières de grouper les différentes parties du discours.

D. — Comment appelez-vous une pendule ?

R. — Une horloge, un indicateur d'heures ; Phytus (un de ses camarades qu'il a surnommé ainsi et qui s'appelle M.) dit que c'est une « dégoulinante » moi je dis que c'est un « bogarth ».

(Le mot horloge évoque un de ses composants : quelque chose placé en haut, d'où passage vers le motif 2 ; la pensée déraile).

2) On disait bien que M. Rossignol, chef de la police, était un oiseau et chantait sur les arbres.

(Très complexe. Voilà la marche probable de cette pensée : pendule → quelque chose en haut → arbre. Celui-ci évoque une partie de son contexte → oiseau qui chante → rossignol qui par l'action de l'immédiat (association formelle) amène contenu : M. Rossignol, chef de la police. Fusion de ces deux ensembles d'où : M. Rossignol, chef de la police était un oiseau, etc.).

Le malade a probablement remarqué la décoration portée par le médecin (motif perceptif), d'où passage au 3.

3) Je suis grand chancelier de la Légion d'Honneur.

(L'élément perceptif évoque un complexe personnel et fusionne avec lui, d'où 4).

4) Vous êtes décoré, mais pour les inventions que j'ai faites.

« Décoration » amène un autre contexte qui a son tour central, celui du porteur de la décoration, du médecin ; la pensée dévie, elle passe au système « médecin » (5).

5) (Il tire plusieurs carnets de sa poche). Je ne comprends pas votre médecine ; il y en a qui voient beaucoup de médecins et qui parlent.

Transition vers un autre motif du système « médecin », autre déviation.

6) J'ai reçu un coup de baïonnette et il est sorti du sang humain.

Autre motif du système médecin : la sortie dépend du médecin, d'où :

7) Quand sortirai-je d'ici sérieusement ? (Chaslin).

Complexes réactionnels, structures fonctionnelles, données perceptives, éléments particuliers de chacun de ces ensembles, s'évoquent mutuellement en relation directe avec leurs affinités affectives immédiates ou médiates. Tout cela s'entremêle, s'agglutine, fusionne en un seul courant ou, au contraire, se dissocie, se scinde en plusieurs courants juxtaposés, suivant une gamme de constellations éphémères qui varient à l'infini.

Que faisiez-vous quand vous étiez au magasin des chaussures ?

1) J'étais surveillante première employée (la pensée est en relation avec la question posée, à partir d'ici elle déraile, l'enchaînement affectif reprend le dessus ; surveillante évoque).

2) Employé à l'ordre de la salubrité française (probablement complexe réactionnel ; salubrité, à son tour, amène un autre contenu).

3) J'empêchais les correspondances militaires.

4) D'Amelet (Hamlet) (passage obscur, en tous cas, fusion de deux contenus).

5) Trains internationaux (stéréotypie verbale que le malade répète souvent).

6) Cela occasionnerait des déraillements (déviation vers une signification périphérique du système « train »).

7) Ces mauvais trains espagnols de ravitaillement (autre passage vers une signification périphérique).

8) Qui portaient de Bordeaux, Bègles, Agen, Gironde (déviation vers un système construit sur la contiguité dans l'espace, le malade dévide passivement les éléments de ce système).

9) Nous mettaient de miasme dangereux de microbes aigus (dérive probablement du 6°, déraillement)..., etc. (Pottier).

Il arrive souvent que la réponse du malade commence par être plus ou moins adéquate à la question posée, comme c'est le cas de l'exemple ci-dessus, mais elle ne tarde pas à dérailler : l'enchaînement affectif reprend le dessus sur l'enchaînement rationnel. Plusieurs auteurs ont remarqué que, quand on pose au malade des questions à des intervalles très rapprochés, on arrive à obtenir de lui une réponse relativement cohérente. Ceci est très compréhensible. Les questions dirigent la pensée du malade, elles

empêchent les déraillements, les contaminations du sensible, etc. On se substitue au malade, on supplée à la défaillance de son activité pragmatique.

Il n'est pas toujours aussi aisé que dans ces exemples-là de se reconnaître entre ces modifications incessantes dans la direction, dans ces enchaînements entre les éléments. Très souvent, surtout quand le déroulement de la pensée s'accélère, quand les liaisons sont provoquées par l'effet de l'immédiat (surtout quand c'est la matière verbale qui fournit toute l'étoffe de l'idéation), la pensée aboutit à un fatras inextricable dont aucune analyse désormais ne peut plus arriver à bout. On avoue cette impuissance quand on parle de verbigération, de salade de mots, etc.

La réaction du malade, ou plutôt de ce qui reste du psychisme supérieur, contre le processus de désagrégation varie d'un sujet à l'autre, c'est elle qui détermine pour une large mesure la formule clinique. Quelle que soit la nature de cette réaction secondaire, elle ne change rien à l'essence du trouble qui, lui seul, est examiné dans ce travail. On ne s'y arrêtera donc pas.

En résumé, on peut dire qu'à côté du processus d'émancipation des complexes de compensation, on trouve un processus de dissociation, d'émiettement de tous les ensembles constitués. Le premier trouve son expression la plus complète dans la schizophrénie. Le deuxième pourrait l'avoir dans la démence précoce que la plupart des auteurs français ont toujours refusé de rattacher à la schizophrénie. Les considérations qui ont été émises le long de ce travail pourront ainsi apporter un argument en faveur de l'opinion dualiste. Si l'on accepte cette hypothèse, la démence précoce est essentiellement caractérisée par la dislocation rapide et profonde de tout l'édifice mental. Parmi les matériaux désorganisés qui se dévident passivement au dehors, peuvent se trouver, au même titre que tous les autres, ceux qui relèvent de l'activité de compensation, d'où une certaine parenté entre les deux syndromes, grâce à la similitude des deux contenus. Mais, parfois, les complexes réactionnels à caractère autiste n'existent pas, les symptômes cardinaux de la schizophrénie peuvent manquer ou être au second plan ; ce cas se présente effectivement assez souvent dans la démence précoce.

Parvenu au terme de ce travail, il nous semble possible d'émettre quelques considérations d'ordre général mais non dépourvues pour cela de quelque importance pratique. « Quand l'activité mentale perdait ses caractères d'adaptation, d'orientation, d'ef-

fort, dit excellemment M. Ey, l'automatisme s'emparait du sujet, mais non pas un automatisme d'actes isolés et fortuits mais un automatisme qui est une régression vers une pensée de type affectif. » Cette pensée nous nous sommes attaché à la dégager et en caractériser les particularités essentielles. C'est cette pensée qui nous est habituelle, la pensée rationnelle est un produit secondaire qui n'est guère possible sans un effort volontaire et soutenu de chaque instant. Dès que cet effort est supprimé, ou même simplement troublé ou relâché, la pensée affective reprend automatiquement ses droits, elle engage toute l'activité mentale sur les sentiers qui lui sont propres, ou, pour être plus précis, cette activité ne dépasse plus que partiellement ou même pas du tout le plan de l'affectif. Tel est le lien qui unit des états au prime abord aussi hétérogènes que le rêve, la rêverie, la fatigue, l'euphorie, à la confusion mentale, à l'excitation maniaque, à la schizoïdie, aux différentes formes d'aphasie, etc. Ces états ont certains points communs, parce que tous, à des titres divers, extériorisent de la pensée affective.

Dans le fonctionnement de cette pensée, l'élément morbide apporte une série de perturbations qu'on a rangées sous deux rubriques : l'une relevant d'un trouble dans la hiérarchisation des matériaux psychiques, l'autre provoquée par l'insuffisance, ou même la carence complète de la fonction de synthèse. La pensée nous est apparue comme fatalement vouée à ces deux sortes de troubles en raison même de son mécanisme intime. En effet, tout ce que la maladie révèle avec tant d'éclat, l'état normal le laisse entrevoir sous une forme latente plus ou moins larvée.

Les deux modes d'action du processus morbide sont loin de s'exclure réciproquement ; c'est pour la clarté de cet exposé que nous paraissions les opposer l'un à l'autre. En réalité les deux modalités agissent le plus souvent de concert. Si encore il existe à la rigueur un processus où la désintégration est seule en question, il n'y a jamais de processus où l'émancipation des complexes de compensation entre uniquement en jeu. Il y a toujours une proportion plus ou moins grande des éléments surajoutés relevant de la désorganisation de l'édifice mental. En effet, le relâchement de l'activité pragmatique qui a permis l'ascension de complexes de compensation atteint en même temps l'activité de synthèse puisque celle-ci se confond en partie avec celle-là. Le sujet se trouve par là-même dans des conditions peu favorables pour résister au courant du sensible sous ses différentes formes. Le cycle « complexe réactionnel » voit son déroulement, de temps à autre entrecoupé par le cortège des troubles relevant de

la dissociation (déviation et déraillement de la pensée, stéréotypies verbales, etc.). Ceci est très banal dans les divers états schizophréniques, mais rien n'est plus typique à ce sujet que le cas du rêve.

Le rêve renferme toujours une partie organisée dans laquelle, au prix de certaines précautions décrites par Freud, le désiré, le voulu, le souhaitable, en un mot l'ensemble de l'activité de compensation, se donne libre cours. On a en vue notamment cette partie du rêve quand on affirme : « Le rêve ne fait aucune différence entre le désir et la réalité ». Ces contenus arrivent, suivant l'emprise qu'ils exercent sur le sujet, à organiser, à hiérarchiser et à élaborer sous leur bannière une partie du contexte mental plus ou moins grande. L'ordre qui s'organise ainsi n'a évidemment rien de commun avec celui de la pensée rationnelle ; il rappelle, grosso modo, celui qui s'établit avec l'émancipation des complexes de compensation.

A côté de celle-là, il existe toujours une autre partie plus ou moins importante qui s'entremêle avec la première, et qui est due au relâchement de l'activité de synthèse. Elle déroule son cycle fait des constellations affectives éphémères qui se font et se défont au hasard des rencontres. C'est la partie non organisée, incohérente du rêve. L'importance de ces deux cycles varie suivant les différents types de rêves. Les rêves « à signification » décrits par Freud se rangent évidemment dans la catégorie à forte prédominance du cycle « activité de compensation ». Dans d'autres cas, au contraire, c'est l'étalement et le déroulement libre de la pensée qui domine le tableau. Ceci est notamment le cas de la rêverie et surtout le cas de l'onirisme. La tableau rappelle alors de près celui de la dissociation mentale.

Tout ce que nous offre la clinique peut être ramené à ces deux aspects. La maladie ne fait que présenter une gamme extrêmement riche de variations d'un thème fondamental. Cette gamme est due à la multiplicité de combinaisons possibles entre les deux mécanismes en question. C'est dans ce fait que réside la faiblesse de toutes les grandes constructions nosographiques basées sur la psychologie, les seules que la psychiatrie ait la possibilité de faire actuellement. Les traits de séparation sont très nets, très accusés entre deux tableaux cliniques où chacun des deux mécanismes décrits laisse une place infime à l'autre. Les limites s'estompent bien vite dès qu'on quitte les cas extrêmes pour en aborder d'autres où le dosage de ces deux mécanismes tend vers un équilibre. Ainsi deux syndromes aussi bien assis (du moins l'un par rapport à l'autre) que la schizophrénie et la

psychose maniaque-dépressive sont bien près de sauter le mur qui les sépare. Ce fait fut signalé naguère par MM. Claude et Lévy-Valensi. Tout récemment encore, à la séance du 25 avril 1938 de la Société Médico-Psychologique, MM. Chatagnon, Scherrer et Mlle C. Chatagnon ont attiré de nouveau l'attention à ce sujet. De son côté, Claude, en collaboration avec Ey a signalé, à la suite de Steck et sans prendre partie, les analogies vraiment troublantes entre la démence paranoïde et les manifestations psychopathologiques de l'encéphalite épidémique. Tout cela n'a nullement de quoi nous étonner. La maladie déforme, dissocie, ou associe, partout suivant deux modalités essentielles, mais elle ne crée absolument rien de nouveau. Variantes à part, le tableau clinique de base offre toujours et partout la même image essentielle. On peut donc prédire, sans encourir le risque d'être démenti par les faits, que l'ère des analogies entre les entités cliniques les mieux étanches ne sera pas close de sitôt. Bien au contraire, avec le progrès de nos méthodes, elles ne feront que se multiplier.

AUTOMATISME ET HYPERTONIE DE NATURE PSYCHOMOTRICE

PAR

J. EUZIÈRE, E. FASSIO et R. LAFON

Au Congrès International de Neurologie de Berne en 1931, le Professeur Claude et H. Baruk décrivaient sous le terme de « tonus musculaire psycho-moteur » une « variété spéciale de perturbations du tonus musculaire variant en étroit parallélisme avec un engourdissement psychique et cérébral ».

Ces auteurs donnaient de ces manifestations une description détaillée dont nous allons retrouver les traits principaux dans l'observation suivante.

Le nommé J... Léon, âgé de 21 ans, nous est adressé le 15 novembre, à 11 heures, par le Service de Santé, avec le diagnostic de coma et contracture généralisée.

J... Léon est amené par ses camarades sur un brancard. Il est allongé, immobile, les yeux fermés, les membres inférieurs en extension, les avant-bras en flexion sur le bras. Le malade ne répond pas aux questions qu'on lui pose et l'exploration des différents segments des membres révèle l'existence d'une contracture invincible, s'exagérant encore par les manœuvres de force et tout à fait analogue à celle qu'un individu normal déploie en s'opposant aux mouvements passifs qu'on veut lui imposer. Cette contracture est généralisée et n'épargne pas la face. Les tentatives d'ouverture des paupières déclenchent la même opposition en apparence volontaire, si bien qu'il est impossible de faire un examen oculaire et de constater l'état des pupilles.

Le malade est mis au lit, et cet état de contracture dure jusqu'au lendemain.

Interrogé à ce moment-là, le malade se rappelle que la crise a débuté à 5 heures du matin. Pendant toute la nuit il avait circulé dans la chambrée souffrant de la tête ; la veille, il avait reçu de mauvaises nouvelles de sa mère et ses camarades l'avaient brimé. Vers 5 heures du matin, la crise s'est alors déclanchée. Il s'est agi d'abord d'une crise d'agitation extrême pendant laquelle 8 personnes ont essayé de le maintenir, puis s'est produite la phase de contracture dans laquelle

on nous l'a amené. Le malade n'a conservé aucun souvenir de tout cela. Il ne sait pas par quel moyen on l'a conduit à l'hôpital. Il ne se rappelle pas avoir été examiné pendant sa crise ; il n'a pas gardé le souvenir des questions qui lui ont été posées, il reconnaît seulement que quelque chose a dû se passer sans pouvoir donner d'autres précisions.

L'examen neurologique, en dehors de la crise, ne révèle rien d'anormal. Les examens de sang, de L. C.-R., des urines, une radiographie du crâne donnent des résultats normaux. Les réflexes oculocardiaque et solaire donnent chacun des réponses à type sympathique.

Le passé psychologique de J... est chargé. Enfant, il avait des crises de tremblement, des peurs nocturnes, dont le thème principal était la sensation de tomber dans le vide. Ecolier, il travaillait mal en classe et était déjà brimé par ses camarades. En 1935, il aurait été assailli par des malandrins alors qu'il entraît à la ferme et il n'aurait pu se libérer qu'avec l'aide de son frère qui l'accompagnait. Depuis J... a souvent des cauchemars, pendant lesquels il revit la scène qui l'a tellement impressionné. Peu après cet incident, la mésentente qui règne dans la famille de son patron est pour lui l'objet de peurs inconscientes qui le poussent à partir dans la campagne et à se blottir dans le fourré ou contre un mur.

Le résultat de cette tension psychique fut une première crise survenue il y a trois mois, sans raison apparente, et qui aurait duré de 16 heures à minuit.

Pendant le séjour de ce malade à l'hôpital, il nous fut donné d'observer d'autres manifestations psychopathiques.

Dans la nuit du 3 au 4 décembre, J... souffre de la tête et est en proie à des manifestations oniriques : « Je ne dormais pas, dit-il, et « je voyais les hommes dans le bois ; je reconnaissais les hommes qui « m'avaient attaqué. » Au matin il se lève, s'assied sur la chaise, puis part subitement. Il se rappelle qu'il est allé s'allonger dans la cour. C'est là qu'on le retrouve en pleine crise hypertonique. On peut soulever le malade par les pieds comme une véritable planche ; la flexion des membres est impossible, et pendant ces tentatives, la contraction s'exagère fortement. A force de patience et d'effort, on parvient à voir les pupilles qui sont en mydriase et réagissent à la lumière. La crise se termine le même jour à 14 heures ; l'amnésie est complète.

Le 25, dans la nuit, le malade se lève, en proie à une agitation motrice extrême ; il s'agite et n'obéit pas aux ordres. De cette crise il ne conserve aucun souvenir ; il se plaint simplement d'une violente céphalée.

Par ailleurs, à deux reprises, l'infirmier du service a trouvé le malade dans un coin de la chambre, l'air égaré, ne répondant pas aux questions qui lui étaient posées.

Cette observation nous a paru intéressante à rapporter, car on y trouve des manifestations d'un type un peu particulier por-

tant sur le tonus qui ont été décrites par Claude et Baruk sous le nom de « troubles du tonus psychomoteur ».

Disons tout d'abord que ces crises d'hypertonie psychomotrice posent, au moins la première fois, des problèmes diagnostiques que nous rappellerons rapidement.

Avant de rapporter à une origine psychique les troubles du tonus observés, il faut éliminer les autres causes organiques possibles d'hypertonie.

Le tétanos est facilement reconnu, le sujet est présent ; d'autre part existent des manifestations respiratoires, cardiaques, et des crises hypertoniques paroxystiques se déclenchant dans des conditions tout à fait particulières.

Une hémorragie cérébro-méningée pourrait donner le change à un examen superficiel.

Une intoxication par la strychnine peut simuler dans une certaine mesure ces crises d'hypertonie.

La tétanie provoque parfois également des contractures se généralisant au point d'envahir les membres supérieurs et inférieurs, le tronc et la face.

Cependant l'analyse précise du tableau clinique permet d'arriver facilement au diagnostic vrai ; il y a exagération du tonus dans les manœuvres de force, et cette contracture ressemble beaucoup à une contracture de type volontaire. Il n'y a pas de modification du pouls et de la respiration. Au bout d'un temps variable la crise cesse spontanément.

Il s'agit de troubles du tonus, variant en étroit parallélisme avec un engourdissement psychique et cérébral. Cet engourdissement peut entraîner soit une diminution, soit le plus souvent une augmentation du tonus. Ces troubles du tonus sont souvent accompagnés de mouvements automatiques, complètement inconscients et ne laissant aucun souvenir. Il semble que pendant leur réalisation le psychisme soit complètement suspendu.

Nous voudrions encore insister, en terminant, sur le caractère en apparence volontaire de ces manifestations, qui pousse à penser qu'il s'agit de simulation. Claude et Baruk ont souligné l'importance de ce fait ; la plupart des sujets sont tout à fait sincères ; c'est le cas de notre malade, et ces manifestations se passent en dehors de la volonté. D'ailleurs, s'il fallait apporter une preuve à ce que nous avançons, nous rappellerions que ces crises d'hypertonie s'observent non seulement dans les psychoses, mais encore dans certaines affections du système nerveux telles que syphilis cérébrale, syndromes pseudo-bulbaires, démences organiques, dans lesquelles l'élément psychique passe tout à fait au dernier plan.

L'ASSISTANCE AUX ALIÉNÉS EN ALGÉRIE DEPUIS LE XIX^e SIÈCLE

PAR

MAURICE DESRUELLES et HENRI BERSOT

« Je ne doute pas qu'un jour l'Algérie
soit en mesure d'hospitaliser ses aliénés. »

A. POROT, *Congrès de Tunis*, 1911.

Lors du Congrès des Aliénistes et Neurologistes des pays de langue française, tenu à Alger en avril 1938, le premier hôpital psychiatrique d'Algérie a été inauguré à Blida-Joinville par M. Le Beau, gouverneur général. A cette occasion, il nous a paru intéressant de donner un aperçu historique de l'évolution de l'assistance aux aliénés en Algérie depuis la conquête française.

SOUS LA DOMINATION ARABE

Originaire de Bagdad (viii^e siècle de notre ère), la médecine arabe prit un essor rapide dans l'Afrique du Nord ; des médecins arabes, Ishâq Ibn Imran, Ahmed Ibn Aljazzar à Kairouan, aux ix^e et x^e siècles s'occupèrent des aliénés. On conserve encore de nos jours, à la grande Mosquée de Kairouan, le souvenir de Ahmed Ibn Aljazzar, considéré comme un grand savant et comme un saint, parce qu'il savait le Coran par cœur.

Il est probable qu'à cette époque il y avait tout au moins à Kairouan un établissement pour les aliénés ; comme l'a montré L. Libert en citant un conte des *Mille et une nuits* (Le dormeur éveillé), il y avait un « hôpital des fous » à Bagdad et ces médecins arabes venaient de Bagdad ; Ishâq Ibn Imran écrit un traité de la mélancolie ; Ahmed Ibn Aljazzar dans son célèbre traité de médecine « Zad il Mouçafir » parle du traitement des

maladies mentales et consacre un chapitre à la « médecine de l'amour ».

Il y avait sûrement des hôpitaux et dans ces hôpitaux un quartier d'aliénés. Le premier hôpital de Bagdad « le Marastin » fut fondé au ix^e siècle ; peu à peu des hôpitaux semblables furent créés à Damas, Antioche, Jérusalem, La Mecque, Alep, Alexandrie, Le Caire, Fez, Algésiras, Cordoue, etc. Le premier hôpital d'Égypte fut fondé par Ibn Touloun, en 875, et il y avait à cette époque dans ces grands hôpitaux un quartier pour les aliénés, où ils étaient soignés d'une manière affectueuse, considérés avec respect, comme des malades et non comme des criminels. Cependant, dans le conte des *Mille et une nuits*, le dormeur éveillé est mis dans une cage de fer et reçoit des coups de nerf de bœuf.

Ce sont ces raisons qui nous font croire à l'existence d'un hôpital avec quartier d'aliénés à Kairouan ; nous ne nous étonnons pas que les Arabes traitaient avec bienveillance les aliénés, parce que le Coran contient non seulement des préceptes d'hygiène et de médecine, mais recommande d'avoir soin des aliénés, personnes aimées de Dieu. Entre la folie et la possession, la différence est petite aux yeux de l'Arabe (L. Libert). Les peuples d'Orient ont toujours vénéré le fou tranquille, comme un favori d'Allah, mais ils prennent des mesures de protection contre le fou furieux qui serait possédé par un génie (Moreau de Tours).

Comme le remarquent Constans, Lunier et Dumesnil, à cette époque l'histoire de l'assistance se confond un peu avec la légende.

Cette opinion de l'existence d'une assistance des aliénés en Afrique du Nord lors de sa conquête par les Arabes n'est pas nouvelle. Elle a été soutenue par Esquirol et surtout par Paul Sérieux et son élève L. Libert.

Déjà, en 1838, Esquirol écrivait : « Ce n'est qu'en Orient qu'on trouve la première notion de la séquestration des aliénés... Dans *Léon l'Africain* se trouve la nomenclature des divers hôpitaux qui existaient dans la ville de Fès, en Afrique, pendant le vii^e siècle (1). On lit dans cette nomenclature qu'il existait à Fès un quartier spécial pour les fous qui étaient contenus par des chaînes. Cet asile de Fès existe encore et, comme les établissements analogues de l'Afrique du Nord, porte le nom de « *Moristane* ». C'est ce même mot qui fut employé à Bagdad

(1) Comme M. Paul Sérieux nous l'a fait remarquer, il s'agit évidemment du vii^e siècle de l'Hégire, soit de la fin de notre xiv^e siècle.

pour le premier hôpital qui y fut construit au VIII^e siècle, le Marastin, que l'on écrit parfois « Maristan » ou « Bimaristan », ou « Marstane » ; ce terme, venu de la Perse, a signifié d'abord hôpital, puis a pris cette signification plus restreinte d'asile d'aliénés.

Ces institutions hospitalières pour les aliénés en Afrique du Nord furent remarquées par les religieux de l'Ordre de la Merci, chargés du rachat des prisonniers chrétiens retenus en esclavage dans les pays barbaresques, qui édifièrent alors à Valence, au XV^e siècle, le premier asile d'Europe (Constans, Lunier et Dumesnil).

La décadence de la civilisation arabe entraîna celle de l'assistance des aliénés : « L'assistance des aliénés, ainsi que celle des autres malades, ont disparu totalement au cours d'une déchéance qui se poursuit depuis plusieurs siècles et dont seule une intervention extérieure peut enrayer la marche fatale » (Lwoff et Sérieux). Les moristanes étaient devenus des prisons où les fous étaient enchaînés, sans contrôle médical. Lwoff et Sérieux, au cours de leur mission au Maroc, en 1910, ont décrit l'état lamentable de ces établissements (moyens cruels de contention avec colliers, chaînes et entraves de fer, absence d'hygiène, etc.) [1].

Les descriptions de Lwoff et Sérieux pour le Maroc, celles que nous avons pu lire dans la Presse sur les Moristanes du Maroc et de Tunisie (La Tekia), nous permettent de nous faire une idée de ce que pouvait être l'assistance des aliénés à Alger au moment de la conquête française.

DE LA CONQUÊTE A 1870

D'après Pouzin (dans une discussion à la Société Médico-Psychologique en 1873), il y avait en 1830, à Alger, sous la domination du dey, une « manière de maison mauresque pour recevoir les fous », qui renfermait encore, en 1834, sept aliénés, dont quatre arabes (deux d'entre eux fixés par des chaînes au mur). Pouzin créa, la même année, une première ébauche d'hôpital d'aliénés, avec six lits, dans une maison de la rue Bab-Azoun à Alger.

(1) Il n'y a aucun Moristane en Algérie. M. Picrson nous a appris que les Moristanes du Maroc sont en voie de disparition et qu'il n'en reste que deux. D'après MM. Mareschal et Lamarche, *la Tekia*, de Tunis, où il ne restait en 1937 que 20 femmes et 15 hommes, était appelée à disparaître lors de la construction d'un pavillon de gâteaux à l'Hôpital psychiatrique de *la Manouba*.

D'autre part, il n'est pas douteux qu'à cette époque un très grand nombre d'aliénés vagabondaient ou étaient séquestrés dans leur famille.

Nous ferons de très longs emprunts dans la suite de cette publication au rapport sur « *l'Assistance des aliénés aux colonies* », présenté en 1912 au Congrès de Tunis par Reboul et Régis, ainsi qu'aux travaux de Voisin, Collardot, Lunier, Gérente, Meilhon, Gervais, Levet, Lwoff et Sérieux, Porot, etc.

Dès la conquête, la question s'est posée de l'hospitalisation des aliénés et en 1845, un contrat autorise le placement des aliénés de la ville d'Alger à l'asile de Marseille. Puis, en 1848, les trois provinces d'Algérie passent un traité semblable ; en 1852, ce contrat est rompu et un nouveau contrat est passé avec l'asile d'Aix. Ces mesures avaient un caractère provisoire et la question se posait déjà de la création d'un asile en Algérie. Le colonel Magalon proposait en 1847 la création d'un asile à La Calle ; en 1854, le frère Sylvain demandait l'autorisation d'ouvrir, à l'aide de la bienfaisance privée, un établissement aux environs d'Alger. Le Gouverneur Général, le Maréchal Pélissier, et son beau-frère, l'Inspecteur général Constans, insistent sur la nécessité de créer un asile dans la colonie (1861). Le D^r Collardot, médecin-adjoint de l'hôpital d'Alger, présente en 1865 un rapport : « De l'opportunité de créer un établissement spécial d'aliénés en Algérie » dont Delasiauve fit une analyse et quelques critiques. « Faute d'asiles pour les recueillir et les traiter, les aliénés erraient abandonnés au grand détriment des mœurs et de la sécurité publique ou pourrissaient dans les cachots des prisons, au scandale de l'humanité. » Les hôpitaux de la colonie ne reçoivent les aliénés que temporairement jusqu'à leur transfert à Aix ou dans un autre asile du Midi. Ces transferts sont relativement peu nombreux (905 de 1852 à 1882). Collardot signale que le Préfet de Constantine, Lepaine, a ouvert un asile spécial pour 20 aliénés indigènes à Milah ; il demande la création d'un asile d'aliénés ; Delasiauve craint que les statistiques de Collardot ne soient insuffisantes et conseille la construction de plusieurs asiles.

Le rapport de Collardot fut approuvé par le Préfet d'Alger et le Conseil général vota le principe de la création d'un asile.

En 1868, sur l'initiative du D^r Jobert, un projet de construction d'un asile à Douéra est soumis au Conseil général. C'est alors que l'inspecteur général Constans fait en 1870 une enquête à la demande du Gouverneur Général.

DE 1870 AU CONGRÈS DE TUNIS (1912)

En 1873, Voisin visite l'hôpital d'Alger où les aliénés attendent leur transfert à Aix et où la mortalité est considérable. Les médecins de l'hôpital, les D^{rs} Brau et Brocq, demandent de donner à ces faits toute la publicité possible, et Voisin les expose à la Société Médico-Psychologique où Constans lui donne son approbation. « Cela ressemble, dit Voisin, à une prison cellulaire plutôt qu'à un quartier de malades. »

Cette question du transfèrement des aliénés dans la métropole fait l'objet d'une polémique dans l'« Alger Médical » en 1874 ; contrairement à l'opinion des D^{rs} Collardot, Jobert, Brau et Brocq, et de l'Inspecteur général Constans, certains médecins d'Alger, tout en déplorant la situation lamentable des aliénés, restent partisans du transfert à Aix.

Le Conseil général de Constantine, en 1875, décide la création d'un asile. La même année, sur la proposition de Ferrand, le Conseil général d'Alger étudie la construction d'un asile inter-départemental et il décide en 1877 de le construire à Bouzaréa ; les travaux sont mis en adjudication l'année suivante et commencés aussitôt.

De son côté, le département de Constantine est hostile à ce projet, centralisant dans la province d'Alger l'assistance aux aliénés et passe en 1879 un nouveau traité avec l'asile de Saint-Pons à Nice. Le ministère de l'Intérieur intervient, demande que les plans et les devis des travaux de l'asile de Bouzaréa lui soient soumis et il ordonne de surseoir aux travaux. Sous le prétexte que la loi de 1838 n'était pas appliquée en Algérie, et malgré la volonté du ministère de l'Intérieur, le Conseil général d'Alger refuse. Un décret du 5 octobre 1878 rend applicable à l'Algérie les dispositions légales de la loi du 30 juin 1838. L'Inspection Générale fait observer que les plans de Bouzaréa sont défectueux ; cependant trois pavillons étaient déjà construits lorsque l'Inspecteur général Lunier fait une enquête, dont les résultats sont sévèrement défavorables. Il montre dans son rapport qu'il est nécessaire d'adjoindre à l'architecte un conseiller technique et le D^r Gèrente, ancien interne de Magnan, est nommé en 1883 directeur du futur asile de Bouzaréa. Gèrente montre que les projets ne correspondaient pas à leur destination. Des rivalités politiques compliquent encore la situation ; pour des raisons budgétaires, le poste de directeur est supprimé en 1887, et l'établissement qui avait coûté un million, devient l'école normale

d'instituteurs d'Alger, dont le cinquantenaire vient d'être célébré le 10 avril 1938.

A la demande du Président du Conseil au Gouverneur Général en 1888, Gérante est chargé d'un nouveau rapport qui rejoint les précédents dans les carlons administratifs.

Cette situation déplorable se prolonge. Les aliénés continuent à être enfermés dans les cellules des hôpitaux civils d'Alger, d'Oran, de Constantine, Bougie, Bône, etc., dans des conditions toujours aussi déplorables que le disait Voisin, en attendant d'être transférés à l'asile d'Aix ; camisolés et offerts à la vue des passagers, ils offrent pendant la traversée et au débarquement un spectacle lamentable (1).

D'après des statistiques de Trolard, citées par Marie, la colonie a envoyé à la Métropole, de 1884 à 1893, une moyenne annuelle de 139 aliénés (en 1862 cette moyenne, d'après Collardot, était de 90).

Le D^r Rouby, directeur de la maison de santé privée des Capucins à Dôle, le grand-père du D^r Robert Valence, fonda en 1893 la maison de santé privée de Saint-Eugène, et il passa deux ans après une convention avec le service de santé militaire pour recevoir les aliénés militaires trop agités pour être soignés dans le service neuro-psychiatrique de l'Hôpital Maillot. En 1893, le D^r Rouby avait proposé au Conseil général d'Alger de traiter les aliénés civils du département aux mêmes conditions que les militaires, de façon à n'envoyer à Aix que les incurables. La maison de santé privée de Saint-Eugène est actuellement le plus ancien établissement psychiatrique d'Algérie.

En 1897, il y a un projet de cession à l'administration civile de l'hôpital militaire de Ténès, pour en faire un asile d'aliénés.

Meilhon, médecin de l'asile d'Aix, publie en 1896 dans les *Annales Médico-Psychologiques* une importante étude sur l'aliénation mentale chez les Arabes. Il donne la statistique de Kocher d'après laquelle il y eut pour la seule province d'Alger, de 1867 à 1882, 1.138 aliénés, dont 693 hommes et 445 femmes (599 Français, 312 Arabes, 227 Espagnols). Puis, Meilhon fait la statistique des 498 aliénés indigènes transférés à Aix de 1860 à 1889 (15 à 20 en moyenne par an). Au début, ces transferts provenaient de trois départements, depuis 1880, du seul département d'Alger.

(1) M. le Professeur Porot a bien voulu nous écrire à ce propos : « Depuis que j'ai un droit de regard sur le service des aliénés, j'ai toujours vu le transfert se faire dans des cabines de 2^e classe et les malades embarqués bien avant les passagers ; mais la qualité des convoyeurs laissait trop souvent à désirer. »

Evidemment, cette proportion d'aliénés arabes par rapport à la population indigène (5 pour 100.000 habitants) est extrêmement faible, ce que Meilhon attribue au caractère fataliste et résigné des indigènes. Nous ne le croyons pas ; comme dans tous les pays où la proportion des aliénés paraît très faible par rapport à la population, les aliénés d'Algérie étaient très mal recensés et un grand nombre d'entre eux restaient en liberté, en prison ou séquestrés dans leur famille. Meilhon signale les caractères particuliers de la folie chez les Arabes : violence, agressivité, délires religieux ; il note la rareté des suicides, la fréquence de la manie aiguë, la progression de l'alcoolisme (8 % de 1867 à 1882 ; 15,7 % de 1880 à 1889) ; à cette époque, l'alcoolisme est rare chez les Kabyles (population rurale) ; l'usage du kief, extrait de chanvre indien, cause la folie kiffique (excitation surtout génésique, puis déficit intellectuel) ; aucun cas de paralysie générale. La proportion des décès atteint 53,52 % au lieu de 13 % (chiffre habituel des décès des aliénés européens) ; la cause principale en est la tuberculose (20,54 %).

Meilhon déplore, en termes mesurés, les mauvaises cellules de Mustapha, la traversée pénible et douloureuse à cause des moyens de contrainte employés, la difficulté qu'éprouve l'Arabe interné en France à s'accoutumer au costume, à la nourriture, aux mœurs européennes. Ces malheureux sont isolés, ne peuvent recevoir aucune visite. Cet auteur regrette l'abandon du projet de la construction d'un asile à Bouzaréa.

Meilhon conclut à la rareté de l'aliénation mentale chez les Arabes ; il estime que la religion du Coran en fait la prophylaxie ; il croit à sa rareté surtout chez la femme ; d'après lui, le suicide est exceptionnel et la paralysie générale très rare ; si les cas d'imbécillité et d'idiotie observés à Aix sont très rares, cela tient, dit Meilhon, à ce que les idiots et les imbéciles doivent être laissés en liberté. Il estime que l'hospitalisation des Arabes aliénés sur le sol même de l'Algérie est une mesure nécessaire pour le bon renom de la France parmi les indigènes.

En 1898, renouvellement du traité du département d'Alger avec l'asile d'Aix, mais le D^r Rey, Directeur de cet asile, dénonce ce contrat l'année suivante, à cause de l'encombrement de l'asile d'Aix et aussi dans l'espoir de hâter la construction d'un asile en Algérie ; le département d'Alger traite alors provisoirement avec l'asile de Pierrefeu (Var). Les aliénés d'Oran allèrent à Albi (Tarn), puis à Saint-Alban (Lozère), ceux de Constantine à Saint-Pons (Nice). De nouvelles divergences entre les trois départements retardent la construction de l'unique asile en projet à

Alger. Oran craint la dépense, Constantine reste partisan d'une décentralisation.

Cependant, le nombre des aliénés va en augmentant : c'est ainsi que Moreau, cité par A. Marie, note de 1895 à 1904, pour Mustapha seulement, une moyenne de 110 transferts par an (60 hommes, 50 femmes), et au total pour les trois départements, 160 aliénés sont déportés en moyenne, annuellement, dans la Métropole. Moreau en conclut que l'asile en projet devrait avoir au minimum 600 lits. Les transferts continuent à se faire dans des conditions pénibles et ils font l'objet de critiques sévères dans la Presse, ainsi que dans la thèse de Gervais qui cite des faits déplorables (longueur des trajets, vêtue insuffisante, épuisement des malades qui sont maltraités et volés par leurs gardiens, etc.). Tous les médecins qui eurent à soigner des Arabes, Mercier et Cossa, Mauny, Meilhon, Dauby, Levet, Gervais, sont unanimes à dépeindre les difficultés d'adaptation des indigènes à la vie européenne des asiles, au climat, etc., et Levet note que la moyenne des guérisons des Arabes est inférieure de 5 à 30 % à la moyenne ordinaire.

La loi du 30 juin 1838 sur les aliénés n'est toujours pas appliquée en Algérie et d'autre part, l'aliéné indigène déporté dans la Métropole ne peut y trouver la protection légale à laquelle il a droit. L'Inspecteur général Ogier en donne d'excellentes raisons en affirmant que « le système suivi en Algérie à l'égard des aliénés est absolument immoral ; l'individu atteint d'aliénation subit en réalité une sorte de pénalité, car on ne peut appeler autrement l'exil auquel on le condamne et qui met entre lui et les siens une séparation telle que le contact familial est pour ainsi dire à jamais supprimé ».

Vers 1910, divers travaux attirent l'attention sur l'assistance aux aliénés en Afrique du Nord. Bousquet, sur l'inspiration de Porot, publie une thèse (Lyon, 1909) sur « Les Aliénés en Tunisie ». Porot, en 1911, publie un article sur « La situation des aliénés français en Tunisie » ; il y montre la nécessité de réglementer les entrées des malades, d'appliquer la loi de 1838, de créer un pavillon d'aliénés à l'Hôpital de Tunis et de fonder un asile. Plusieurs publications de Lwoff et Sérieux attirent l'attention sur le Maroc où ils furent chargés de mission en 1911. Ils décrivent les huit Moristanes qu'ils ont visités, les moyens de contrainte qui y sont utilisés ; ils signalent que de nombreux aliénés errent en liberté ou bien sont séquestrés dans leur famille ou en prison. Ils estiment qu'il y a dans ce pays 13 à 20.000 aliénés et ils démontrent l'urgente nécessité d'organiser une assistance aux aliénés au Maroc.

LE CONGRÈS DE TUNIS

Le Congrès de Tunis (1912) met alors à son programme l'étude de l'importante question de l'Assistance des aliénés aux colonies ; Reboul et Régis présentent un remarquable rapport où vingt pages sont consacrées à l'Algérie et auquel nous avons fait de nombreux emprunts. Leurs statistiques nous apprennent que le nombre total des aliénés algériens hospitalisés dans les différents asiles métropolitains va en progressant rapidement, malgré leur mortalité extrêmement élevée : 260 en 1874, 500 en 1883, 731 en 1890, 948 en 1903 et 1.228 en 1909. Le département d'Alger fait hospitaliser 586 malades à Aix-en-Provence et à Pierrefeu (Var) ; celui d'Oran, 370 à Limoux (Aude) et à Saint-Alban (Lozère) ; celui de Constantine, 272 à Saint-Pons (Alpes-Maritimes).

Ce rapport conclut, pour l'Algérie, à la nécessité de créer un asile d'aliénés dans chacun des trois départements et à la cessation du transfert des malades dans la Métropole, « ce qui n'est ni décent, ni humain... Cette pratique condamnée par tous les esprits éclairés n'a que trop duré ».

... « Le provisoire de 1845 dure encore en 1912, dit Régis. »

Au cours de la discussion qui a suivi l'exposé de ce rapport si complet et si convaincant, Lwoff et Sérécux, rappelant leur mission et leurs travaux récents sur la situation des aliénés au Maroc, ont proposé d'émettre un vœu en faveur de la réalisation prochaine de leur programme d'assistance aux aliénés. Le Congrès avait approuvé le programme de A. Porot sur l'assistance des aliénés en Tunisie (en première ligne un service d'aigus, en deuxième ligne un asile) et inauguré la première étape de ce plan : un pavillon de 25 lits d'aliénés ouvert depuis 1911 à l'Hôpital de Tunis, première réalisation d'un « service ouvert » de maladies mentales dans un Hôpital général. Quant à l'Algérie, A. Porot affirme : « Je ne doute pas qu'un jour, l'Algérie soit en mesure d'hospitaliser ses aliénés. »

Ce rapport de Reboul et Régis a de nouveau attiré l'attention des pouvoirs publics sur l'assistance des aliénés en Afrique du Nord. Pour la Tunisie le Congrès approuve le programme de A. Porot et en inaugure la première réalisation ; pour le Maroc, il émet un vœu en faveur de l'application du programme de Lwoff et Sérécux (réalisé à l'heure actuelle) ; pour l'Algérie, il enregistre l'espoir d'une réalisation.

En somme, depuis 1845, personne ne contestait la situation déplorable de l'assistance des aliénés en Algérie, et le caractère

provisoire de leur déportation dans les asiles du Midi de la France. Le Congrès de Tunis l'avait démontré une fois de plus.

Après ce Congrès, le Ministre de l'Intérieur, Steeg, insiste auprès du Gouverneur Général Lutaud pour obtenir la création d'un asile en Algérie. Une Commission est nommée, et parmi les personnalités médicales qui la composent sont Régis, Mabilie (président du Congrès de Tunis) et le D^r Saliège, délégué financier. Mabilie et Saliège sont rapporteurs d'un nouveau projet où ils proposent un asile de 1.200 lits à Blida sur un terrain de 80 hectares offert par la municipalité de cette ville. Les plans de cet établissement étaient prêts en 1914, mais le gouvernement général eut alors d'autres soucis.

Sur le rapport du Professeur Ardin-Delteil, on prévoit aussi une clinique universitaire de 120 lits, à l'Hôpital civil de Mustapha à Alger.

L'APRÈS-GUERRE

Le D^r Saliège, délégué financier, et le D^r Lucien Raynaud, inspecteur des services d'hygiène, reprennent la question et grâce à leur ténacité, une nouvelle commission d'études présidée par le Secrétaire général Dubief et dont le Prof. J. Lépine est le rapporteur, propose en 1924 un programme inspiré de celui qui était alors en voie de réalisation en Tunisie par le Prof. Porot : 1° création dans les hôpitaux des trois chefs-lieux de la colonie (Alger, Oran, Constantine) de services ouverts avec dispensaires d'hygiène mentale, celui d'Alger (Mustapha) fonctionnant comme clinique universitaire (80 lits) ; 2° un hôpital de 700 lits à Blida, hôpital psychiatrique fermé et sous le régime de la loi de 1838 ; 3° des formations accessoires pour enfants anormaux, malades tranquilles, séniles, etc.

Ce plan a donné lieu à des critiques qui en retardèrent la réalisation.

En 1925, Sauzay, dans une thèse inspirée par le Prof. A. Porot, publie le remarquable rapport du Prof. Jean Lépine sur l'Assistance aux aliénés en Algérie et dénonce les multiples difficultés qui entravent sa réalisation.

Les plans d'un bel établissement à Blida, établis par les architectes Petit et Garnier, dormaient dans les cartons.

Cette situation menaçait encore de se prolonger, lorsque en 1927 le gouverneur général Violette fit voter un premier crédit symbolique de un million et ordonna la construction immédiate de deux pavillons de 50 lits chacun à Blida. Ces bâtiments

restèrent inoccupés. Le 10 novembre 1927, le Pr. Porot fut nommé conseiller technique de psychiatrie au Gouvernement Général et chargé d'étudier, avec l'architecte, les plans du futur hôpital. En 1929, un crédit de 25 millions fut voté pour doter l'établissement de Blida de 750 lits, puis les crédits furent portés dans la suite à 40 millions et le nombre de lits prévu à 1.200.

L'ORGANISATION ACTUELLE

Etant donné leur encombrement, les asiles d'aliénés européens refusèrent de continuer à hospitaliser les malades d'Algérie et la situation devint rapidement angoissante. Le gouverneur général J. Carde, sur les indications du médecin général Lasnet, alors Directeur de la Santé publique, ordonne par un arrêté du 13 mars 1933, l'ouverture immédiate des 2 pavillons déjà construits à Blida, où les premiers malades entrent le 13 juillet 1933, pendant que la construction de l'établissement se poursuit.

Le Gouverneur Général Carde adopte alors le projet Jean Lépine, recommandé par la Commission de 1924.

Au Congrès de Limoges, en 1932, une communication de Lasnet et Porot décrit l'organisation de l'assistance psychiatrique en Algérie sur deux lignes et ses premières réalisations : construction de l'asile de Blida (750 lits), création d'un service de première ligne dans les hôpitaux d'Alger, d'Oran, de Constantine, projet de création de sections d'enfants anormaux dans les trois départements.

LES SERVICES OUVERTS

A Oran, on a construit un pavillon nouveau de 55 lits, ouvert en 1933 (D^r Livet, médecin des hôpitaux psychiatriques).

A Alger, le service de première ligne pour malades mentaux est ouvert à Mustapha le 1^{er} novembre 1934 : 16 anciennes cellules sont transformées et améliorées ; un pavillon est aimablement cédé par le D^r Dumolard, dans son nouveau service de neurologie et ce service dispose en plus de 38 lits. La première clinique psychiatrique universitaire de l'Afrique du Nord est ainsi créée par le P^r Porot. A Constantine, un service psychiatrique de 50 lits, en plus des 12 anciennes cellules, est ouvert en octobre 1935 et confié au D^r Ramée, médecin des hôpitaux psychiatriques.

A. Porot signale l'augmentation rapide du nombre des entrées

dans ces services ouverts : par exemple, ce nombre est passé pour Alger de 203 en 1933 à 434 en 1935, et pour Oran de 155 à 360. Ces services fonctionnent à la fois comme des services ouverts et comme des services fermés, innovation qui rappelle la création de la clinique psychiatrique universitaire d'Esquermes à Lille, par le P^r G. Raviart en 1912. Les malades peuvent entrer librement comme dans des hôpitaux ordinaires, ils sont alors considérés comme en observation ou « de passage ». Ils font l'objet d'une demande d'internement d'office si leur état mental a un caractère dangereux (mesure de défense sociale), ou s'ils ont des tendances à protester. Mais on y reçoit aussi des malades placés d'office.

Une Commission d'assistance mentale créée par le D^r Lasnet et composée de médecins, d'administrateurs et d'un représentant du Parquet général élabore un règlement sur les conditions d'entrée, de sortie, et du maintien du placement des malades dans ces services. Ce règlement approuvé par le Gouvernement Général fut publié dans une instruction du 10 août 1934. Un service social est adjoint à ces services d'observation et de traitement de première ligne.

Les malades à interner, les chroniques, les protestataires ou dangereux, ou ceux dont le traitement paraît devoir être de longue durée sont justiciables de l'assistance en 2^e ligne, réalisée à l'Hôpital psychiatrique de Blida-Joinville.

Pour donner une idée de ces services ouverts, nous analyserons les rapports du P^r A. Porot sur « le fonctionnement du service de psychiatrie de l'hôpital civil de Mustapha à Alger pendant l'année 1937 ». Dans ce service, qui aujourd'hui compte 38 lits, il y eut en 1937 459 admissions (1) : Hommes, 283 (dont 207 en service ouvert). Femmes, 176 (dont 143 en service ouvert).

La proportion des placements administratifs n'est que de 23,7 % et celle des entrées libres de 76,3 %. Les admissions comprennent :

61,65 % d'hommes, contre 38,35 % de femmes,
46,20 % des hommes et 66,85 % des femmes sont Européens,
45,45 % des hommes et 18,80 % des femmes sont indigènes,
8,35 % des hommes et 14,35 % des femmes sont israélites. A noter la très faible proportion des femmes indigènes et la forte proportion de femmes israélites.

Les 458 sorties comprennent 189 guérisons ou améliorations,

(1) En 1938, ce chiffre est monté à 510.

174 internements à Blida, 68 évacuations sur des hôpitaux ou hospices (chroniques ou infirmes non dangereux), 22 décès d'aliénés, soit une proportion faible de 4,80 %. A noter le décès de 5 rabriques qu'une « habitude fâcheuse envoie mourir dans ce service ».

La durée moyenne du séjour est relativement courte, 70 % des malades sont restés moins d'un mois dans le service et 3 % seulement plus de trois mois. Ceux qui restent le plus longtemps sont les paralytiques généraux en cure pyrétothérapique et il est regrettable, écrit le P^r A. Porot, que l'insuffisance du nombre de lits l'oblige parfois à renvoyer les malades avant la fin du traitement et des contrôles humoraux nécessaires. Ces paralytiques généraux sont très nombreux (60 cas sur 459 entrées, 12,5 %), comme le signalent aussi les médecins d'Oran et de Constantine. Le P^r A. Porot observe que cette progression frappe surtout les indigènes considérés jusqu'alors comme relativement réfractaires à la paralysie générale et qu'aujourd'hui la paralysie générale est aussi fréquente chez l'indigène que chez l'Européen. Le fléau de l'alcoolisme reste grave, même dans la population indigène.

Cette assistance des aliénés dans le service ouvert à Mustapha est un progrès évident, puisque un grand nombre de malades en sortent sans avoir été internés et 174 seulement (38 % des entrées) ont dû être internés à l'Hôpital psychiatrique de Blida.

Le service ouvert d'Oran (55 lits), dirigé d'abord par le D^r Livet, suppléé ensuite par le D^r Camatte, et où vient d'être nommé le D^r Aubin, médecin des hôpitaux psychiatriques, a été aussi très actif en 1937 (352 admissions dont 137 par placement administratif et 215 en service ouvert).

A Constantine (60 lits), le service est dirigé par le D^r Ramée ; il y eut 201 admissions dont 97 par placement administratif et 104 en service ouvert.

L'activité de ces services de première ligne ne fait que s'accroître. Il y a eu en 1938 1.245 admissions, dont 510 à Alger, 466 à Oran, 269 à Constantine.

LES FORMATIONS SECONDAIRES

Un pavillon pour fillettes anormales, ouvert le 12 janvier 1937 à l'Hôpital Sainte-Elisabeth aux Attafs, compte déjà onze pensionnaires, qui bénéficient d'un traitement médico-pédagogique.

Un pavillon spécial pour les garçons existe à l'Hôpital psychiatrique de Blida.

Le dispensaire d'hygiène mentale d'Alger a donné, en 1937, 386 consultations (dont 83 pour des enfants) et 667 en 1938 ; le service social, confié à une assistante, a fait 118 visites à domicile et 340 enquêtes médico-sociales.

Des dispensaires analogues sont prévus à Oran et Constantine.

L'HÔPITAL PSYCHIATRIQUE DE BLIDA

Cet hôpital, inauguré officiellement le 8 avril 1938 par M. le Gouverneur général Le Beau, lors du Congrès des Aliénistes tenu à Alger, réalise l'assistance des aliénés en seconde ligne prévue dans le rapport du P^r J. Lépine.

A mesure de leur construction, qui dura 4 ans, les pavillons de cet asile ont été occupés à la cadence de quatre à cinq cents entrées par an. L'organisation de cet établissement fut particulièrement délicate du fait de la répartition des malades dans les quartiers de classement, qui ne dépend pas seulement du sexe et des catégories habituelles relevant des réactions des malades, mais aussi de la race ; la communauté hospitalière pour des aliénés européens et indigènes présentant de très graves inconvénients, il fallut créer des services séparés.

Cet établissement, construit d'après le système pavillonnaire, est doté de tous les perfectionnements les plus modernes. Les pavillons, entourés de jardins, portent les noms d'aliénistes éminents, dont quelques-uns de nos contemporains : Magnan, Ernest Dupré, Gilbert Ballet, de Clérambault, Julien Raynier.

Dans cette plaine, autrefois aride et désolée, des plantations d'arbres, et d'arbustes, et de fleurs, offrent déjà un cadre verdoyant et riant aux pavillons bien conçus, dont l'architecture variée donne à l'ensemble l'aspect d'un joli village. Les aménagements intérieurs sont commodes, réalisés avec goût et conçus à la fois pour le traitement, le confort et l'agrément des malades. Les services généraux (cuisine, buanderie), les logements du personnel bénéficient des dispositifs les plus modernes.

Cet hôpital psychiatrique est une des plus belles réalisations des œuvres d'assistance de l'Algérie et fait le plus grand honneur à la colonie et à son Gouvernement.

A peine construit, l'hôpital psychiatrique de Blida était déjà rempli : au 1^{er} janvier, en 1937, sa population était de 723 malades ; il y eut dans l'année 620 entrées, 190 sorties et décès ; la population au 31 décembre 1937 était de 1.153. En 1938, il y a eu 728 entrées et au 31 décembre 1938, il y avait 1.526 malades.

Cette population s'accroît donc très rapidement et on peut craindre que le problème de l'encombrement ne se pose bientôt ainsi que celui de l'augmentation du nombre des médecins.

Parmi les hommes admis, 65,4 % sont des indigènes et 34,6 % des Européens, tandis que parmi les femmes, 37,7 % seulement sont des indigènes et 62 % des Européennes.

Le P^r A. Porot a protesté, avec ses collègues de Blida, contre la facilité avec laquelle les hospices de vieillards ou d'incurables du département d'Alger se débarrassent de séniles un peu bruyants qui ne sont pourtant pas justiciables de l'internement. Un grand nombre de nos asiles métropolitains se plaignent également de cette habitude inhumaine qui encombre les asiles.

Les 190 sorties comprennent 85 cas de guérisons, 50 sorties pour causes diverses, 55 décès. Le rapport du nombre des décès à la population traitée (existants au 1^{er} janvier, plus les admissions dans l'année) est de 4,1 %. Cet hôpital comporte aujourd'hui trois divisions (deux d'hommes et une de femmes). Au D^r Vallet, médecin des hôpitaux psychiatriques, on adjoignit d'abord le D^r Huck, puis deux médecins du cadre des hôpitaux psychiatriques, les D^{rs} J. Sutter et Ch. Bardenat.

CONCLUSIONS

Dans son rapport du 31 janvier 1938, sur le fonctionnement de l'assistance mentale en Algérie pendant l'année 1937 et auquel nous avons emprunté nos renseignements, le P^r A. Porot conclut que la rapide croissance du nombre des admissions (400 par an) exige de toute urgence la création de 600 lits supplémentaires à Blida, l'étude pour le département d'Oran d'un hôpital psychiatrique de 1.000 lits, la construction à proximité des hôpitaux existants de centres de rassemblement pour débiles mentaux indigènes, l'agrandissement de la clinique psychiatrique de l'hôpital de Mustapha, l'augmentation du nombre des médecins psychiatres auxquels on accorderait un statut des médecins du cadre métropolitain (1).

Cet exposé trace les grandes lignes du développement futur de l'assistance aux aliénés dans la colonie, pour parer à l'augmentation rapidement croissante du nombre des malades à hospitaliser.

Depuis la création des trois services ouverts, la construction et l'ouverture de l'Hôpital psychiatrique de Blida, cet accrois-

(1) Ce statut est aujourd'hui accordé. Voir *Aliéniste Français*, 1938, p. 434.

sement considérable du nombre des aliénés à assister a dépassé largement toutes les prévisions. Nous sommes loin des six cents lits prévus par Moreau en 1905, et même des prévisions très larges de Mabillet et Saliège en 1912. Actuellement, l'Algérie dispose : 1° En première ligne, de 151 lits dans les services psychiatriques des Hôpitaux, nombre de lits déjà insuffisant, malgré l'activité intense de ces services (1.011 admissions en 1937 et 1.245 en 1938) et où parfois les malades en traitement ne peuvent faire qu'un trop court séjour ; 2° En seconde ligne, de douze cents lits à Blida, nombre insuffisant au point qu'il faut déjà prévoir six cents lits supplémentaires et même la construction d'un nouvel asile de mille lits à Oran.

De cet accroissement considérable des aliénés traités et hospitalisés, il ne faudrait pas conclure à une augmentation du nombre réel des aliénés en Algérie. Autrefois, nous avons vu qu'une abominable mortalité sévissait chez les aliénés placés en attente dans les cellules des hôpitaux. La connaissance des résultats obtenus dans les services ouverts a victorieusement combattu la croyance populaire que les aliénés hospitalisés n'en mouraient que plus rapidement ; l'espoir d'une guérison a amené une très nombreuse clientèle à ces services hospitaliers, qui fonctionnent non seulement comme centres de traitement, mais aussi comme centres de dépistage et de triage. D'autre part, la population n'a plus à craindre ces cruels transferts dans la métropole, qui étaient la plupart du temps une séparation définitive. La facilité et la possibilité plus grandes des placements ne pouvaient qu'en augmenter le nombre.

En Algérie (comme on peut le constater également dans les nations européennes où l'assistance psychiatrique est en progrès), le nombre des aliénés hospitalisés augmente dans la mesure où diminue le nombre d'aliénés en liberté, vagabonds (encore si nombreux, même à Alger) et celui des aliénés séquestrés dans leur famille. A ce propos, il doit y avoir encore un grand nombre de femmes arabes séquestrées à domicile et non soignées, comme le prouve la faible proportion de femmes arabes dans les services de psychiatrie par rapport au nombre d'Européennes et d'Israélites ; on peut d'ailleurs prévoir que la proportion des femmes arabes hospitalisées ira progressivement en augmentant pour atteindre celle des Européennes (1).

(1) Cette opinion est très discutable, nous écrit le P^r Porot. La femme indigène est vite répudiée par le mari et devient à la charge de sa famille qui ne la garde pas volontiers. Par sa passivité, par ses humbles fonctions domestiques, je crois la femme arabe beaucoup moins exposée à la folie que

Ces statistiques montrent que l'opinion courante de la rareté de l'aliénation mentale chez les indigènes était un préjugé sans fondement et qu'il ne fallait pas conclure, du petit nombre d'aliénés arabes déportés autrefois en Europe, à la rareté des maladies mentales dans la colonie.

Il n'y a en réalité d'augmentation que dans les cas de paralysie générale et d'alcoolisme, même chez les indigènes où la paralysie générale n'était que très rarement observée autrefois et à qui le Coran prescrit l'abstinence.

En outre, le dépistage actuel, fait comme en Europe, montre l'existence d'un très grand nombre de débiles mentaux, incapables de s'adapter à l'évolution de la vie sociale et pour lesquels le P^r Porot prévoit, dès maintenant et pour éviter l'encombrement des services psychiatriques, des centres d'hébergement moins coûteux qu'un hôpital psychiatrique, sortes de « *dépôts de mendicité* » et d'hospices pour faibles d'esprit, infirmes, vagabonds, etc.

出
市

Nous avons vu que les Moristanes, derniers vestiges de l'assistance arabe, disparurent en Algérie dès la conquête et que le transfert des aliénés d'Algérie en France n'était à l'origine qu'une mesure provisoire. Au moment du centenaire de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés, après un siècle d'hésitations, de discussions contradictoires, de projets non exécutés, l'Algérie a pu enfin réaliser, en quelques années, une assistance aux aliénés autonome et en tout point parfaite. Les efforts du colonel Magallon (1847), de Collardot (1865), Jobert (1868), Constans (1870), A. Voisin (1873), Lunier (1881), Gèrente (1883-1887), des médecins des asiles d'aliénés de la métropole (Meilhon, Rey, Dauby, Mercier, Cossa, Levet, les thèses de Gervais, de Bousquet et de Sauzay), les travaux de Lwoff et Sérieux sur le Maroc, le rapport de Reboul et Régis (et surtout l'action personnelle et l'influence de Régis), les commissions d'études (Mabille et Saliège, Dubief et Lépine), les travaux de Porot, puis de Perrussel pour la Tunisie et l'exemple de ce qui avait été réalisé au Maroc (par Colombani et La Bretoigne du Mazel), la compréhension des administrateurs comme le Général Lasnet et le Directeur Gervais, l'appui et l'esprit de décision du Gouverneur Général, enfin la ténacité

des hommes ; sa vie réduite et modeste, sans agitation et conflit extérieur, doit la rendre moins vulnérable et l'expose moins aux vicissitudes et aux angoisses de la vie.

cité du P^r A. Porot, fort de son expérience tunisienne, ont permis de triompher peu à peu de tous les obstacles et de réaliser en Algérie un modèle d'assistance aux aliénés, moderne, digne de cette belle colonie et de la France.

BIBLIOGRAPHIE

- ESQUIROL. — *Des maladies mentales*. Paris, Baillière, 1838, t. II, p. 435.
- MOREAU DE TOURS. — Recherches sur les aliénés en Orient. *Ann. Méd.-Psych.*, 1843, t. I, p. 109.
- COLLARDOT. — De l'opportunité de créer un établissement spécial d'aliénés en Algérie. Analysé par DELASIAUVE, in *Journal de Médecine mentale*, 1865, t. V, p. 415.
- VOISIN (A.). — Les aliénés en Algérie. *Ann. Méd.-Psych.*, 1873, I, p. 491.
- POUZIN. — Discussion sur les aliénés en Algérie. *Ann. Méd.-Psych.*, 1873, I, p. 491.
- Polémique dans l'*Alger Médical* sur le transfert des aliénés algériens à Aix. Analysé in *Ann. Méd.-Psych.*, 1874, I, p. 335.
- CONSTANS, LUNIER et DUMESNIL. — Rapport général sur le service des aliénés en 1874. Paris, Imprimerie Nationale, 1878, p. 11.
- MEILHON. — L'aliénation mentale chez les Arabes. *Ann. Méd.-Psych.*, 1896, I et II.
- BOIGEY. — L'assistance hospitalière en pays musulman. *Presse médicale*, 21-9-1907.
- GERVAIS. — Contribution à l'étude du régime et du traitement des aliénés indigènes d'Algérie au point de vue médical et administratif. *Thèse*, Lyon, 1907.
- BOUSQUET. — Les aliénés en Tunisie. *Thèse*, Lyon, 1909.
- LEVET. — L'assistance des aliénés algériens dans un asile métropolitain. *Ann. Méd.-Psych.*, 1909, I, p. 44 et 239.
- LWOFF et SÉRIEUX. — Les aliénés au Maroc. *Ann. Méd.-Psych.*, 1911, I, p. 470.
- LWOFF et SÉRIEUX. — Sur quelques moyens de contrainte appliqués sur les aliénés au Maroc. *Bull. Soc. Clin. Méd. Ment.*, 1911, p. 168.
- LWOFF et SÉRIEUX. — Moyens de contrainte employés sur les aliénés au Maroc. *Rev. de Psychiatrie*, 1911, p. 185.
- LWOFF et SÉRIEUX. — Les aliénés au Maroc. Moristans et prisons. *L'Informateur des Aliénistes*, 1911, pp. 105 et 123.
- POROT. — La situation des aliénés français en Tunisie. *Rev. de Psychiatrie*, 1911, p. 242.
- REBOUL et RÉGIS. — L'assistance des aliénés aux colonies. Rapport au Congrès de Tunis (1912), Paris, Masson, 1912.
- LIBERT (Lucien). — Les aliénés en Orient. *L'Informateur des Aliénistes*, 1912, etc.
- MARIE (A.). — Traité international de psychologie pathologique. Article *Psycho-pathologie comparée*, t. III, p. 614. Paris, Alean, 1912.
- LWOFF et SÉRIEUX. — Note sur l'organisation de l'assistance des aliénés au Maroc. *Ann. Méd.-Psych.*, 1913, I, p. 695.
- POROT. — Résultats d'une expérience de service ouvert pour psychopathes en Tunisie. *L'Informateur des Aliénistes*, 1923, p. 111.

- SAUZAY (P.). — L'assistance aux aliénés en Algérie. *Thèse*, Alger, 1925.
- LASNET et POROT. — L'organisation de l'assistance psychiatrique en Algérie. *Congrès Limoges*, 1932.
- GOVERNEUR GÉNÉRAL JULES CARDES. — Organisation des services de psychiatrie en Algérie. *L'Aliéniste français*, décembre 1934, p. 607.
- POROT (A.). — Les services hospitaliers de psychiatrie dans l'Afrique du Nord. *Ann. Méd.-Psych.*, 1936, I, p. 793.
- POROT (A.). — Rapport général sur le fonctionnement de l'Assistance mentale en Algérie pendant l'année 1937.
- GOVERNEUR GÉNÉRAL LE BEAU. — Statut et mode de recrutement des médecins psychiatres en Algérie. *L'Aliéniste français*, 1938, p. 434.
- GOVERNEMENT GÉNÉRAL DE L'ALGÉRIE. — *L'œuvre française d'assistance et de protection sanitaire en Algérie*. Imprimerie J. Carbonel, Alger, 1937.
- MARESCHAL et LAMARCHE. — L'Assistance médicale aux aliénés en Tunisie. *Congrès de Nancy*, Paris, Masson, 1937.
- POROT (A.). — Rapport sur le fonctionnement du service de psychiatrie de l'Hôpital civil de Mustapha à Alger en 1937. — *Id.* en 1938.
- POROT (A.). — *L'Hôpital psychiatrique de Blida*. — Joinville, Blida, Manguiu, 1938.
-

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du Lundi 18 Décembre 1939

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Présidence : M. LAIGNEL-LAVASTINE, président

Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du lundi 27 novembre 1939 est adopté.

Correspondance

La correspondance manuscrite comprend :

des lettres de MM. le D^r René CHARPENTIER et le D^r FILLASSIER, anciens présidents, le D^r GUIRAUD, vice-président, le D^r X. ABÉLY, membre titulaire, qui s'excusent de ne pouvoir assister à la séance ;

une lettre de M. le D^r CHANÈS, médecin en chef de l'Hôpital psychiatrique de Ville-Evrard, qui pose sa candidature au titre de *membre correspondant national* : la Société désigne une Commission composée de MM. GOURIOU, GUIRAUD et VIÉ, rapporteur, pour l'examen de cette candidature ; le vote aura lieu à la séance du lundi 22 janvier 1940 ;

une lettre de faire-part de la mort du Professeur VIGGO CHRISTIANSEN, de Copenhague, membre associé de l'Académie de médecine de

France, *membre associé étranger de la Société médico-psychologique* depuis 1926 ; la Société adresse ses condoléances à Mme Viggo Christiansen.

Croix de Guerre

M. le Professeur SANTENOISE, *membre titulaire*, vient de recevoir, le 26 octobre, la Croix de Guerre 1939. La Société lui adresse ses félicitations.

Élection d'un membre titulaire honoraire

M. le D^r MARCHAND, *membre titulaire* depuis le 30 janvier 1911, demande à être nommé *membre titulaire honoraire*. M. le D^r Marchand remplissant les conditions exigées par l'article 3 des statuts, un vote unanime lui confère le titre de *membre titulaire honoraire*.

Élection de 2 membres correspondants nationaux

Après lecture d'un rapport de M. X. ABÉLY, au nom d'une Commission composée de MM. X. ABÉLY, COLLET, LAIGNEL-LAVASTINE, il est procédé au vote :

Nombre de votants	15
Majorité absolue	8

Ont obtenu :

M. le D ^r GÉRAUD	15 voix.
M. le D ^r LONGUET	15 —

MM. les D^{rs} GÉRAUD et LONGUET sont élus *membres correspondants nationaux* de la Société médico-psychologique.

Rapport de la Commission des finances

Exercice 1939

Mme THUILLIER-LANDRY.

Avoir de la Société au 23 décembre 1938	11.571 74
Recettes de l'année	50.939 90
Total	62.511 64
Dépenses de l'année	57.871 80
Reste	4.639 84

Après avis de la *Commission des Finances*, la Société Médico-psychologique, à l'unanimité des membres présents, approuve les comptes de 1939 et vote des félicitations au D^r Georges COLLET, *trésorier-archiviste*.

Rapport du Secrétaire général

M. J. VIÉ. — Permettez-moi de vous dire combien je regrette que M. COURBON ne puisse vous lire lui-même le rapport du *Secrétaire Général*. Je suis persuadé que vous vous associez tous aux vœux que je forme pour son prompt rétablissement.

Les événements que nous traversons ont fait subir à la Société médico-psychologique leur contre-coup inévitable, et nous déplorons l'absence de nos membres mobilisés, particulièrement M. GUIRAUD, *vice-président*, et M. CARRETTE, *secrétaire des séances* ; vers eux vont toutes nos pensées. Notre effort s'est appliqué à conserver à la Société un fonctionnement aussi normal que possible, dans le cadre des Statuts, et à répondre, dans la mesure qui dépend de nous, à la nécessité exprimée par M. le Recteur Roussy, d'assurer la permanence de la vie intellectuelle du pays.

L'activité de la Société, dans la première partie de l'année, s'est montrée très féconde. Parmi les 80 communications exposées en treize séances, nous soulignerons le nombre et l'intérêt de celles qui ont eu pour objet des questions thérapeutiques : la séance spécialement consacrée le 22 mai à l'étude du coma insulinaire et du cardiazol fut, à cet égard, particulièrement fructueuse.

Depuis la rentrée d'octobre, la Société aura tenu les trois réunions mensuelles statutaires, elle y aura entendu douze communications.

Pour l'ensemble de l'année, on enregistre l'élection de 5 membres titulaires, de 11 membres correspondants nationaux, de 3 membres associés étrangers.

Le *legs Christian* a été attribué à M. le D^r STORA. Le *prix Belhomme* n'a pas suscité de candidature.

Nous sommes vivement reconnaissants à M. René CHARPENTIER, Rédacteur en chef des *Annales médico-psychologiques*, qui va parvenir, malgré les difficultés présentes, à assurer la publication régulière des *Annales*, à y faire à notre Bulletin un accueil toujours aussi empressé, qui nous encourage par là-même à développer notre effort.

Nous remercions aussi les membres du Bureau pour leur pré-

cieuse collaboration ; elle est devenue, dans les circonstances actuelles, encore plus étroite et plus intime.

M. GUIRAUD, élu vice-président l'an dernier, devient, de droit, *président*. Vous allez donc avoir à procéder à l'élection du vice-président, du secrétaire général, du trésorier et de deux secrétaires des séances.

Prix de la Société Médico-Psychologique

Le secrétaire rappelle que le délai pour le dépôt des candidatures et des mémoires pour les prix à décerner par la Société en 1940 expire le 31 décembre 1939. Ces prix sont : le *legs Christian*, le *prix Moreau de Tours*, le *prix Aubanel*.

Élection du Bureau de la Société pour l'année 1940

Conformément à l'article 5 des Statuts et à l'article 35 du Règlement, le Bureau renouvelé chaque année est élu par la Société parmi les membres titulaires, à la majorité absolue, en séance publique, au scrutin secret.

Seuls les membres titulaires et les membres honoraires ont le droit de vote aux diverses élections.

Président

M. le D^r GUIRAUD, élu vice-président l'an dernier, devient de droit *président* de la Société pour l'année 1939.

Election du vice-président

Nombre de votants	15
Majorité absolue	8

Ont obtenu :

M. Ach. DELMAS.	14 voix.
Bulletin blanc	1

M. le D^r Achille DELMAS est élu *vice-président* de la Société pour 1940. Conformément à l'article 5 des Statuts, il sera de droit président pour 1941.

Election du secrétaire général

Nombre de votants	15
Majorité absolue	9

A obtenu :

M. COURBON	15 voix.
------------------	----------

M. le D^r Paul COURBON est réélu *secrétaire général* de la Société médico-psychologique pour 1940.

Election du trésorier-archiviste

Nombre de votants	15
Majorité absolue	8

A obtenu :

M. COLLET	14 voix.
Bulletin blanc	1

M. le D^r Georges COLLET est réélu *trésorier archiviste* de la Société médico-psychologique pour 1940.

Election de deux secrétaires des séances

Nombre de votants	15
Majorité absolue	8

Ont obtenu :

M. VIÉ	14 voix.
M. CARRETTE	11 —
M. P. ABÉLY	4 —

MM. les D^{rs} Paul CARRETTE et Jacques VIÉ sont réélus *secrétaires des séances* de la Société médico-psychologique pour 1940.

Bureau de la Société Médico-Psychologique pour 1940

Le Bureau est ainsi composé :

Président : M. le D^r Paul GUIRAUD.
Vice-Président : M. le D^r Achille DELMAS.
Secrétaire général : M. le D^r Paul COURBON.
Trésorier-archiviste : M. le D^r Georges COLLET.
Secrétaires des séances : MM. les D^{rs} Paul CARRETTE
et Jacques VIÉ.

Conseil d'administration

Conformément à l'article 5 des Statuts, pendant l'année 1940, en s'adjoignant les présidents des deux années précédentes, MM. A. FILLASSIER et LAIGNEL-LAVASTINE, le Bureau se constituera en *Conseil d'Administration*.

Commission des Finances

Conformément à l'article 8 du Règlement, une Commission spéciale est chargée de recevoir, chaque année, dans la seconde quinzaine du mois de décembre, le compte rendu de la gestion de la Trésorerie.

M. le D^r PACTET et Mme le D^r THUILLIER-LANDRY sont réélus *membres* de la *Commission des Finances* de la Société médico-psychologique pour 1940.

Décès du Docteur Séglas

Jules SÉGLAS (1855-1939)

M. LAIGNEL-LAVASTINE, *Président*. — J'ai le douloureux privilège de vous faire part de la mort de notre grand collègue, le D^r Jules SÉGLAS.

Mon ami André BARBÉ, qui fut son interne, se refuse pour faire sa nécrologie par respect pour les dernières volontés de son maître.

Mais M. SÉGLAS était la modestie même. Sa modestie l'a empêché de faire profiter par écrit le grand public médical des trésors de finesse clinique qu'il distribuait à ses intimes dans ses entretiens journaliers à la Salpêtrière.

Moi, qui l'ai connu chez mon grand-père à Evreux et auquel m'attache une respectueuse affection, qui date de l'autre siècle, je ne suis pas lié comme Barbé et crois utile de rappeler en quelques mots la carrière, l'œuvre et la physionomie de notre président en 1908.

Docteur en médecine en 1881 avec une thèse sur *l'influence des maladies intercurrentes sur la marche de l'épilepsie*, il est bientôt nommé médecin suppléant à la Salpêtrière, médecin de Bicêtre en 1898 et médecin de la Salpêtrière en 1907, continuant par l'éclat de son enseignement la grande tradition des aliénistes de la Salpêtrière et Bicêtre.

Membre de la *Société médicale des hôpitaux*, comme le rappelait LEREBoullet l'autre vendredi ici même, membre de la *Société d'anthropologie*, de la *Société de clinique mentale*, de la *Société de psychiatrie*, il fut nommé directement, à l'unanimité, à la place de MOREAU (de Tours), membre titulaire de notre Société en 1884,

Il la présida avec sa maîtrise enjouée et son grand bon sens en 1908 et il y prit la parole pour la dernière fois dans la discussion d'une communication de Georges DUMAS sur la mentalité paranoïde et la mentalité primitive, le 28 mai 1934, juste 50 ans après y être entré.

Il se répandait peu dans les congrès. Cependant, au Congrès annuel des aliénistes et neurologistes, il fit un rapport à Nancy en 1896 sur les *hallucinations auditives*.

Pendant les soixante ans de sa vie d'aliéniste, M. Séglas a touché tous les sujets de sa spécialité.

Il a montré la clarté de son intelligence, la profondeur de son esprit, l'acuité de son observation clinique, le bon sens de sa critique, mordante pour les idées, toujours indulgente pour les auteurs, dans ce magistral monument de l'Ecole clinique française que sont les *Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses* faites de 1887 à 1894 et publiées en 1895, leçons qui sont au même niveau que celles d'Esquirol, de Jean-Pierre Falret, de Baillarger, de Morel, de Magnan, de Chaslin, et qui, basées sur la primauté de l'observation clinique, restent toujours jeunes de vérité, îles solides de pensée française au milieu du flot rapide des théories passagères.

Centrées par ce livre je citerai maintenant les principales études du maître sur différents points de la clinique mentale.

En thérapeutique, il écrit en 1886 la *thérapeutique suggestive*, en 1887 le *traitement de l'amblyopie hystérique*, en 1889 le *danger de l'hypnotisme*.

Sous l'influence de Charcot il rédigea en 1892, dans la collection Charcot-Debove, à la couverture de souple cuir noir, un excellent petit volume sur les *troubles du langage chez les aliénés*. Il y établissait la division des dyslogies, des dysphasies et des dyslalies et analysait les troubles du langage écrit et de la mimique, qui est aussi un langage. C'est par ce volume qu'étant en classe de philosophie je commençai à m'occuper de psychiatrie pour m'éclairer en psychologie.

Sur les délires mélancoliques, M. SÉGLAS publia une *famille de dégénérés* (1887), le *délire chronique* (1888), *sémiologie et pathogénie des idées de négation* (1889), *vésanies combinées : délire des persécutions et mélancolie anxieuse* (1888), *l'antagonisme des idées délirantes chez les aliénés* (1889), *mutisme mélancolique* (1891), *résistance électrique dans la mélancolie* (1890).

Depuis son premier travail de 1891 sur les *hallucinations psychomorphiques*, ce problème des hallucinations a toujours occupé M. Séglas. En 1892 il donne un *essai de plan d'observation*, en 1893 *dédoublement de la personnalité et hallucinations verbales*

psycho-motrices, en 1894 *les hallucinations et le dédoublement de la personnalité*, en 1896 *pathogénie et physiologie pathologique de l'hallucination de l'ouïe*, en 1896 encore *les hallucinations dans la mélancolie*, en 1902 *les hallucinations unilatérales*, en 1903 *les hallucinations antagonistes unilatérales et alternantes*.

Sur les obsessions il publie, en 1892, *obsessions hallucinatoires et hallucinations obsédantes*, en 1893 *idées conscientes et obsédantes de persécution et de grandeur*, et en 1905 *évolution des obsessions et passage au délire*.

Dès 1893, il saisit l'importance de l'infection dans l'étiologie de la confusion mentale (*folie post-cholérique à forme de confusion mentale primitive*, et en 1896 il décrit l'*auto-intoxication dans les maladies mentales, la confusion mentale primitive*, et « *hystérie, confusion et amnésie* ».

Revenant sur les relations du délire systématisé de persécution et la mélancolie, il décrit en 1902 le *délire systématisé primitif d'auto-accusation*, et en 1910 *délire d'interprétation : auto-accusation systématique*.

Sur le délire de persécution, il publie avec Vallon en 1909 *tabes et délire de persécution*, en 1901 *délire de persécution systématisé avec hallucinations corrigées*, et en 1910 *délire de persécution sans démence après 44 ans*.

Son attitude vis-à-vis des conceptions allemandes en général et kraepelinienne en particulier peut être jalonnée par son travail de 1891 sur *la paranoïa*, sa « *démence paranoïde* » en 1900, sa « *démence précoce* » avec Logre en 1911.

Enfin ses idées sur les relations des obsessions avec les hallucinations psycho-motrices et les idées de possession ont abouti en 1913 à sa conception du *délire d'influence*, à rapprocher de ses études sur le *délire affectif dans la manie d'épuisement* (1910), sur les *aliénés gémissants* (1912) et sur les *accès maniaques chez les débiles* (1914). J'en ai assez dit aujourd'hui.

Il me reste à évoquer la belle tête, au vaste front surmonté de cheveux blancs en brosse, qui souriait malicieusement et s'empourprait parfois dans une explosion de bon rire au souvenir d'un de ces incidents si souvent grotesques de la vie professionnelle. Et dans ces dernières années ce rire avait comme un écho douloureux dans le cœur de ceux qui savaient la mort brutale de son fils unique et qui ne pouvaient s'empêcher de se redire le vers de Sophocle :

Heureux celui qui arrive à la mort sans avoir perdu de fils.

M. le Docteur SÉGLAS ayant été *président* de la Société, la séance est levée en signe de deuil.

SEANCE ORDINAIRE

Présidence : M. LAIGNEL-LAVASTINE, président

COMMUNICATIONS

Part des troubles vasculaires dans l'évolution clinique des syndromes mentaux à propos d'un cas d'alcoolisme chronique avec syndrome de Raynaud et d'un cas de psychose maniaco-dépressive avec arythmie. Leur importance au point de vue thérapeutique, par P. CHATAGNON et M^{lle} S. JOUANNAIS.

L'importance des troubles vasculaires n'est jamais négligeable dans la symptomatologie, le pronostic et la thérapeutique des syndromes mentaux. Sans doute les conséquences des lésions athéromateuses et scléreuses au niveau des artères cérébrales sont assez bien connues, mais il est des perturbations de l'hydraulique circulatoire cérébrale d'étiologie plus complexe et pour lesquelles joue un double facteur : circulatoire et nerveux ; c'est à propos de ces faits que nous rapportons succinctement deux observations :

La première est celle de Mme C... Charlotte, 51 ans, teinturière en chômage, qui entre dans notre service pour alcoolisme chronique. L'excitation psychique de type maniaque est considérable. Arrêtée dans la rue pour excentricités de la mise et scandale, elle reste bruyante, fait des gestes qui accompagnent un langage familier et grossier à la fois, où l'on recueille les éléments d'un délire mégalo-maniaque érotique et de jalousie. Quelques hallucinations auditives et olfactives, de l'onirisme nocturne joints à des troubles mnésiques et à une mobilité idéique complètent le profil psychopathique de la malade, profil qui ne se modifie pas depuis trois mois.

Nous retrouvons, en outre, tous les symptômes neurologiques et viscéraux de l'imprégnation éthylique (tremblement des extrémités, pituitaires, foie de volume normal (comme la rate), mais de consistance

dure au niveau du bord inférieur, pas de myalgies, ni de signes névritiques).

Mais surtout ce qui nous frappe chez cette petite femme de 1 m. 44, au nez camard, extrêmement amaigrie, pesant 37 kg., ce sont les troubles circulatoires des extrémités qui soudainement apparaissent et en imposent pour un syndrome de Maurice Raynaud :

Les troubles syncopaux et asphyxiques des extrémités digitales et des orteils (le pouce et le gros orteil exceptés) surviennent soit spontanément, soit à la suite d'injections de somnifène, soit plus souvent résultent du froid. Soudainement et durant une phase très courte les téguments pâlisent, se refroidissent puis bleuissent intensément, les premières et secondes phalanges sont plus souvent intéressées, assez rarement la réaction s'étend, gagnant alors jusqu'à la main, et au pied l'avant-pied. La crise asphyxique dure plus ou moins, de quelques minutes à quelques heures et le retour à une circulation normale débute à droite et souvent les téguments des extrémités digitales droites ont recouvré une coloration normale, alors que ceux du côté gauche sont encore cyanosés. Dans l'intervalle des crises les téguments ont une teinte normale. A ces crises asphyxiques s'ajoutent des troubles subjectifs de la sensibilité, douleurs très intenses au niveau des extrémités, comparées à des sensations de « coupures avec des ciseaux » ou de piqûres de clous ou d'épingles, rendant l'utilisation des mains impossible.

A noter des déformations des articulations 2^e-5^e phalanges ainsi que des troubles trophiques des ongles de l'index et du médus droits (ongles tout petits, fortement incurvés et cannelés).

Ces crises asphyxiques ne s'accompagnent pas d'œdème, mais fait curieux la recherche des battements artériels nous montre : des artères dures ; un pouls huméral et radial nettement perçu à droite et très affaibli à gauche, surtout à la radiale ; un pouls fémoral et tibial nettement perçu à droite, aboli à la pédiense et très faible à la tibiale postérieure gauche.

En conclusion : perméabilité artérielle très diminuée à type hémiplegique gauche comme le confirme l'examen oscillométrique ; l'indice oscillométrique est beaucoup plus faible dans la partie gauche du corps : I. O. Droit : Humérale : 7. Radiale : 5. Tibiale postérieure : 3. Pédiense : 2. — I. O. Gauche : Radiale : 3. Tibiale postérieure : 2,5. Pédiense : 0.

Il y a hyperesthésie au tact et à la piqûre au niveau des mains et des pieds ; la sensibilité profonde est normale.

En dehors des crises asphyxiques, la force musculaire est conservée.

Le cœur est normal, sans lésions orificielles. Les artères sont dures, roulant sous le doigt. La T. A. est de 14-9 (méthode auscultatoire de Vaquez-Laubry). Le réflexe oculo-cardiaque, 105-98. Notons cette tachycardie habituelle des maniaques en état d'excitation.

Examen neurologique : œil : anisocorie ; pupille D : plus grande,

pupille G : légèrement irrégulière, les réflexes iriens, à la lumière et à l'accommodation, existent. Les réflexes tendineux sont vifs, les cutanés abdominaux sont abolis, le cutané plantaire détermine la flexion du gros orteil à droite et à gauche.

Il n'y a pas de troubles sphinctériens.

Examens de laboratoire : Urines (7 sept.) : traces d'albumine, pas de sucres, présence d'acétone. Diurèse normale. Urines (20 sept.) : traces d'albumine, pas d'acétone.

Sang : Réactions de Bordet-Wassermann, de Meinicke, de Kahn, négatives. Urée sang : 0,37 p. 1.000.

Liquide céphalo-rachidien : tension 35 (couché). Toutes réactions négatives.

Examen électrocardiographique (déc. 39) : Courbe normale dans les trois dérivations. Prédominance droite. Amplitude de T en D₂.

Tracé sphymographique : Aplati. Courbe régulière sans anomalies.

Tracés des indices oscillométriques (voir plus haut). Les courbes sont aplaties sur tous les tracés des vaisseaux du côté gauche.

Radiographie. Rien d'anormal à signaler au niveau du cœur. L'examen du squelette et des vaisseaux n'a pu être fait.

Antécédents héréditaires et personnels. — Elle serait née de parents normaux, seule survivante de 3 enfants. Elle a eu elle-même 5 enfants, dont 3 sont en vie, les deux autres sont décédés en bas âge de méningite tuberculeuse et de diphtérie. Le mari est décédé de cancer du foie. On ne note aucun antécédent pathologique notable, en particulier pas de syphilis. Est en pleine ménopause.

En résumé : Chez une femme de 51 ans, présentant un état d'excitation psychique à type maniaque, conséquence d'une intoxication alcoolique chronique, nous observons des troubles circulatoires caractérisés par :

a) de la tachycardie sinusale, habituelle chez les maniaques en état d'excitation ;

b) de l'asphyxie et de la cyanose des extrémités à prédominance gauche, survenant par crises, véritable syndrome de Maurice Raynaud ;

c) des phénomènes d'artérite intéressant les extrémités distales des membres gauches ;

d) un fonctionnement cardiaque normal, un électrocardiogramme normal.

Le début des troubles circulatoires ne peut pas être précisé avec exactitude en raison de l'excitation psychique et de l'activité de jeu de la malade ; il y a tout lieu de penser qu'il remonte assez loin dans le passé. Ces troubles circulatoires réalisent l'intrication des sympathoses et de l'artérite.

Les troubles circulatoires des extrémités sont d'une extrême fréquence, surtout chez la femme, mais aussi chez l'homme au cours de l'évolution de certains syndromes mentaux tels que ceux qui entrent dans la série dite : démence précoce ; ces troubles sont là, le plus ordinairement, en rapport avec une insuffisance génito-surrénale et sont par suite rythmés par les grandes phases de l'activité génitale et de son endormissement — il s'agit alors bien de sympathoses pures.

Dans notre cas à la sympathose type que constitue le syndrome de Raynaud s'ajoutent les phénomènes artéritiques dont les localisations prédominent à gauche.

Le déterminisme des manifestations mentales de notre cas est complexe : y joue surtout l'intoxication éthylique chronique évoluant sur un psychisme grossier, peu développé, esclave des rites de l'habitude, mais il nous paraît utile de souligner la part d'aggravation certaine que cause le dérèglement de l'hydraulique circulatoire, dérèglement qui ne doit pas manquer de se manifester au niveau des artérioles de l'encéphale, tout comme il se manifeste au niveau des extrémités plantaires et palmaires, peut-être il est vrai selon des modalités propres, car les données jusqu'alors classiques de l'histologie des artérioles cérébrales ne nous autorisent pas à comparer d'une façon rigoureuse et absolue ce qui se passe au niveau des artérioles encéphaliques et des artérioles palmaires ou plantaires. Il n'en reste pas moins que les troubles de la circulation cérébrale existent, et entraînent à la longue des difficultés, des ralentissements des échanges, lesquels viennent accentuer dans notre cas présent l'extériorisation de symptômes morbides.

Malheureusement l'indocilité et l'agitation de notre malade ne nous ont pas permis d'enregistrer avec sûreté les modifications de sa circulation rétinienne. Nous arrivons à cette conclusion : L'existence des troubles circulatoires surajoutés au syndrome psychopathique aggrave toujours ce dernier et impose parfois une thérapeutique spéciale appropriée.

Mais les troubles de la circulation cérébrale ne relèvent pas toujours du fait de l'artérite ou des sympathoses circulatoires, et le coupable est souvent le cœur lui-même : c'est ce que nous observons dans le cas de Mlle Du... Eugénie, 44 ans, atteinte de psychose maniaco-dépressive dont les premières manifestations ont débuté à l'âge de 35 ans et dont tous les accès d'agitation maniaque sont rythmés par une apparition ou une augmentation des phénomènes d'arythmie ventriculaire, et dont les tracés électrocardiographiques rendent compte.

Ces troubles vasculaires, souvent discrets, dus à l'artérite, à l'artériolite, aux perturbations des fonctions sympathiques des vaisseaux, ou aux modifications du régime circulatoire dans les arythmies, suffisent souvent à eux seuls à expliquer les changements de l'humeur et du caractère, l'instabilité, l'émotivité morbide, l'inaptitude au travail, l'inquiétude du comportement, voire même les petites défaillances mnésiques précédant l'apparition des symptômes majeurs du syndrome mental.

En dehors de leur intérêt doctrinal et pronostique, ces quelques considérations font entrevoir la complexité, la délicatesse et la difficulté de l'acte thérapeutique que doit mettre en œuvre le médecin dans la pratique psychiatrique.

M. Ach. DELMAS. — Comment a évolué la malade alcoolique qui présentait l'état maniaque et le syndrome de Raynaud ? Il est rare d'observer dans l'alcoolisme de semblables tableaux de type nettement maniaque. Il s'agissait très probablement d'une vieille buveuse qui a développé cet état d'excitation maniaque sur un fond spécial.

M. CHATAGNON. — L'excitation de cette malade n'a pas cédé, depuis trois mois qu'elle est dans mon service. On pouvait songer à un affaiblissement psychique au début, mais aucune modification n'est survenue jusqu'ici. Il s'agit en effet vraisemblablement d'un psychisme spécial sur lequel se sont déroulés les troubles que nous observons.

M. PICARD. — Très souvent on remarque dans les psychoses à paroxysmes maniaques et dépressifs, ou encore épileptiques, de gros troubles circulatoires qui frappent même à l'inspection. On a pu se demander si ces troubles circulatoires n'étaient pas de simples conséquences de l'agitation. Or, chez un intermittent, que je suis depuis plusieurs années, de petites hémorragies conjonctivales annoncent toujours l'accès d'excitation : les troubles circulatoires se montrent donc dans ce cas antérieurs à l'agitation elle-même.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Je suis tout à fait de cet avis. Il en est des accès maniaques comme des crises mélancoliques, et les phénomènes vaso-moteurs peuvent y acquérir une valeur prémonitoire. La perturbation atteint le domaine vasculaire aussi bien que tous les autres domaines de l'organisme et la personnalité tout entière.

M. RONDEPIERRE. — L'acétylcholine a-t-elle une action dans ces cas ?

M. CHATAGNON. — La suggestion de M. Rondepierre est tout à fait pertinente : nous n'avons cependant pas mis en œuvre ce traitement par l'acétylcholine, car s'il agit bien sur la crise, son action serait inefficace sur les troubles artéritiques qui s'intriquent dans notre cas au syndrome de Raynaud. Ce qu'il y a en effet de curieux dans ces phénomènes, c'est que l'action des médicaments qui contractent les capillaires comme l'acétylcholine donne, paraît-il, de bien meilleurs résultats que les médicaments vaso-dilatateurs dont l'action est, dit-on, désastreuse et auxquels pourtant on devrait surtout penser.

M. PICARD. — J'ai essayé l'acétylcholine chez les maniaques : elle ne m'a donné aucun résultat, tandis que chez les épileptiques j'en avais obtenu quelques-uns, d'ailleurs assez minces.

Influence des événements de guerre sur les psychopathies,
par M. P. CHATAGNON et M^{lle} S. JOUANNAIS

Il peut sembler rationnel de penser que de grands cataclysmes peuvent déterminer l'apparition de psychoses ou de psychonévroses par l'intensité des émotions qu'ils suscitent et des bouleversements qu'ils imposent à l'activité psychique habituelle.

Les femmes répondant aux stimuli psychiques ou physiques plus facilement, et plus rapidement que les hommes, nous étions dans les meilleures conditions pour mener une enquête sur les malades des Services 2 et 3 de l'Hôpital féminin de Maison-Blanche. Notre enquête a porté :

1° sur la nature et le pourcentage des psychopathies, conséquence directe des faits de guerre ;

2° sur la nature et le pourcentage des psychopathies teintées seulement des événements de guerre ;

3° sur le retentissement sur l'état mental et le comportement de malades déjà antérieurement hospitalisés.

1° *Nature et pourcentage des psychopathies, conséquence directe des faits de guerre.* — Sur 82 entrantes du 1^{er} septembre 1939 au 1^{er} décembre 1939, il n'y a eu qu'un seul cas de psychose qui ait pu être indubitablement et directement imputé aux événements de guerre. Le voici :

Mme Du... Yvonne-Henriette, née le 24 octobre 1892.

Entre à Maison-Blanche, le 3 septembre 1938, pour un état anxieux et hallucinatoire avec ouïrisme actif. Le début des troubles a été brutal : elle cesse son travail de comptable le 30 août 1939 et entre brusquement dans la maladie. « Depuis quelques nuits déjà je dormais mal (nous écrit-elle après sa guérison). J'avais des cauchemars, moi qui d'ordinaire ai un sommeil très calme. J'avais comme un pressentiment d'une guerre prochaine ou d'un cataclysme analogue, puisque la conversation générale commentait les événements. J'avais peine à manger aux repas, une angoisse m'étreignait à la gorge et je ne pouvais rien avaler. Le 31 août au soir, j'ai eu très peur en allant fermer ma porte avant de me coucher, j'ai constaté qu'au même instant quelqu'un fermait le verrou de sûreté de l'extérieur. J'ai voulu ouvrir la porte à mon tour. J'ai entendu du bruit dans l'escalier, puis à l'étage au-dessus. Je me suis affolée, et pensant à un cambriolage possible, j'ai quitté mon appartement pour me réfugier chez des amies habitant près de chez moi. Je suis arrivée chez elles vers dix heures du soir, je leur ai expliqué mon affolement, j'avais de la fièvre et je parlais avec volubilité de guerre imminente, de Berlin, de Moscou... (on lui donne un cachet pour la calmer) : est-ce l'effet de ce calmant, mais j'ai éprouvé quelques instants après des hallucinations, puis j'ai dormi un peu, j'ai senti ensuite que la fièvre me reprenait, tous les bruits de la rue semblaient s'amplifier, j'étais sans force et complètement anéantie, le cerveau seul travaillait, il fallait que je cause ou que je erie.... »

De fait, elle se présente à nous dans un état d'agitation motrice avec excitation psychique et craintes anxieuses diffuses : a peur qu'on attente à sa vie, a peur des bombes et subit des hallucinations terrifiantes à caractère hypnagogique. Ces manifestations entrecoupées de phases confusionnelles à évolution apyrétique durent une vingtaine de jours. Le calme revient assez rapidement, l'agitation cesse, le sommeil est régulier et les phénomènes morbides ont totalement disparu un mois après l'entrée. Il y a une reprise d'activité utile immédiate et Mme Du... sort totalement guérie le 30 octobre, deux mois après son entrée à l'Hôpital.

C'est là un bel exemple de l'action du facteur émotionnel créant à lui seul, chez une femme de 47 ans, mariée en 1913 et veuve depuis septembre 1914, très émotive, très impressionnable, hypersensible, un syndrome mental complexe. Pleine d'affection pour les siens, fidèle au souvenir de son mari tué à la guerre de 1914-1918, elle a atrocement souffert du « cauchemar » qu'elle a vécu la nuit du 30 au 31 août 1939.

Il n'y a aucun antécédent pathologique, à l'exception de spasmodophilie lors de la poussée des bourgeons dentaires. Les premières menstrues apparaissent à 12 ans et se poursuivent régulièrement jusqu'au 26 septembre 1939. Par contre, dans l'ascendance, on note que le grand-père paternel, décédé à 83 ans, était un buveur, et que le frère

s'est suicidé par pendaison à 36 ans à la suite d'une observation des siens.

Lors de l'entrée, les urines contenaient de l'albumine, des traces de sucres réducteurs et de l'acétone ; l'urée sang : 0 gr. 40 p. 1.000 ; les réactions de Bordet-Wassermann, Meinicke et Kahn du sang étaient négatives. Le 21 octobre 1939, il n'y avait plus ni sucre, ni albumine dans les urines, par contre on y notait encore la présence d'acétone.

Observation tout à fait typique du déclenchement morbide provoqué par l'explosion du choc émotionnel lié à l'état de guerre, se traduisant non seulement par un tableau mental complexe et coloré mais également par des symptômes physiques dénotant les perturbations des métabolismes généraux (glycosurie légère, albuminurie, acétonurie liée à un syndrome rapide de dénutrition), le tout survenant chez une femme au voisinage de la ménopause et particulièrement sensible à l'action émotionnelle du fait d'une hérédité chargée et d'un refoulement sentimental de toute la période active de sa vie (mari tué à la guerre en 1914, alors qu'ils étaient mariés depuis quelques mois seulement).

2° *Nature et pourcentage des psychopathies teintées seulement des événements de guerre.* — Durant la même période : 1^{er} sept. 1939-1^{er} déc. 1939, sur les 82 entrantes nous avons noté 4 fois un retentissement net des événements de guerre sur la teinte ou la trame des idées délirantes ou des troubles psycho-sensoriels. Il s'agit de trois cas de mélancolie et d'un cas de confusion mentale alcoolique, représentant donc un pourcentage de 4,8 pour 100.

Le coefficient émotionnel n'entre pas seul en jeu dans l'intro-mission des événements de guerre dans les mailles du délire ou les données de l'entendement de nos malades — il s'éclipse même, nous allons y revenir à propos des cas du 3^e groupe.

3° *Retentissement des faits de guerre sur l'état mental et le comportement de malades déjà antérieurement hospitalisés.* — Ils n'ont jusqu'alors que peu de retentissement : sur un effectif de près de 1.000 malades nous observons à peine une quinzaine de cas d'excitation passagère sans lendemain, excitation provoquée surtout par la lecture des journaux. A noter que les lettres et communications que les malades reçoivent de leurs parents ou enfants au front, de même que l'audition des nouvelles par la T.S.F., n'ont que très peu d'effet ; par contre, le bruit plaintif et aigu des sirènes la nuit et le jour, l'éclatement des obus de défense contre avions, sont plus actifs, mais les troubles du comportement (peur et agitation) cessent avec la cause.

Ce calme magnifique ou plutôt cette indifférence provient essentiellement du fait que l'automatisme de la vie hospitalière

n'est pas troublé, dans l'ensemble les réactions constatées surviennent chez les malades particulièrement émotifs qui réagiraient de la même façon à l'excitation la plus banale.

A côté de ces réactions liées aux perturbations émotionnelles, il en est d'autres, plus discrètes, moins bruyantes, plus vivaces ; elles sont caractérisées par l'intégration des faits de guerre aux délires et aux manifestations dites psycho-sensorielles. Nous en avons observé quelques cas, mais pour leur épanouissement une plus longue incubation que nos trois mois de guerre est nécessaire ; si la réaction émotionnelle est instantanée et le plus souvent sans lendemain, l'intégration au délire participe des acquisitions rationnelles ; elle est donc lente à se constituer mais plus tenace à s'effacer ou à se flétrir.



Nous n'avons pas eu en vue l'ensemble des troubles psychopathiques liés aux faits de guerre, mais en dégagant les traits importants de notre enquête nous signalerons en outre quelques observations vécues :

La guerre n'augmente pas les cas d'aliénation mentale de la population civile non soumise aux traumatismes de guerre. C'est ce que nous observions, en étudiant les archives de l'Hôpital psychiatrique de St-Dizier (Hte-Marne) (1), à propos de la guerre de 1870-1871, et ce que constatèrent tous les auteurs qui ont repris la question durant la guerre 1914-1918 (Thèse S. Imenitoff, Paris, 1917).

Les événements de guerre n'ont un rôle déterminant que dans quelques cas bien précis : lorsque par exemple l'intensité du choc émotionnel frappe un sujet à système nerveux fragile, de constitution hyperémotive et en état de moindre résistance (période préménopausique du cas rapporté plus haut).

Les faits de guerre peuvent indirectement — et non plus seulement par le mécanisme émotionnel seul — déterminer l'apparition de psychoses, outre les faits d'intromission sournoise dans un délire préexistant, c'est, par exemple, lorsqu'ils entraînent les phénomènes d'épuisement par la famine, les privations, les carences alimentaires, le froid, les micro-traumatismes du système nerveux par déflagrations d'obus explosifs, etc., sans parler évidemment des traumatismes directs du crâne et de l'encéphale.

(1) La Maison de Santé départementale ou Hôpital psychiatrique de la Haute-Marne pendant la guerre de 1870-1871, par Mlle Camille CHATAGNON et P.-A. CHATAGNON, *L'Aliéniste Français*, p. 289-303, 1938.

Chez les combattants — et sans tenir compte des cas où l'émotion accompagne et complique un traumatisme « schokant », nous avons observé sur la ligne de feu même, au cours de la guerre 1914-1918, des phénomènes d'inhibition et de stupeur, d'intensité plus ou moins grande, liés à la mise en charge d'une émotion énorme à laquelle venait s'ajouter un syndrome d'auto-intoxication non négligeable (par épuisement physique et nerveux et dysrégulation des fonctions intestinales) ; manifestations que l'on ne rencontre évidemment pas, tout au moins jusqu'alors, parmi la population civile non encore soumise aux bombardements.

Une émotion vive et intense altère moins l'organisme que les chocs émotionnels répétés de la vie trépidante moderne ordinaire.

Une émotion vive et intense telle que celle causée par un état de guerre sensibilise les organismes fragiles et fait apparaître les déséquilibres constitutionnels latents ou fait éclore des psychoses ou des psycho-névroses : le terrain est donc le fonds à disséquer pour comprendre le développement de la psychose, les faits de guerre n'ayant qu'une action déclenchante occasionnelle, autrement dit l'action pathogène de l'émotion ne peut aboutir à l'épanouissement d'une psychose que sur un terrain morbide constitutionnel ou acquis.

Les émotions extraordinaires de la zone des combats, lorsqu'elles sont répétées, arrivent à déséquilibrer surtout la réceptivité du système nerveux, dont les réactions sont dès lors moins adaptées, plus lentes ou plus vives suivant les sujets, elles mordent plus rarement et seulement à la longue sur l'activité psychique, mais ce n'est jamais d'une manière irréductible, lorsque le terrain est sain.

En conclusion, nous pouvons dire que parmi la population civile les événements de guerre entrent pour une faible proportion dans l'étiologie des psychopathies, qu'ils ont peu de retentissement sur la teinte des psychoses se constituant ou récidivant à ce moment, et qu'au total le nombre des psychopathies de toute nature nous paraît être en sensible régression par rapport au temps de paix.

Quant au retentissement des faits de guerre sur les troubles mentaux chez les hospitalisés de nos services, on peut les schématiser ainsi : chez les émotifs en sédation, réveil du déséquilibre émotionnel ; chez les émotifs instables, accroissement considérable de l'agitation, tout comme on l'observe chez les agités maniaques : chez les suggestibles sensibles, coloration des idées déli-

rantes ; chez les délirants, envahissement, à la longue, du fonds psychique et intégration au délire des épisodes empruntés aux récits des combats ou aux tractations diplomatiques du moment.

Dans tous les cas les faits de guerre par eux-mêmes ne peuvent vraiment déterminer une psychose que sur un terrain propice, soit par le choc émotionnel agissant seul ou associé, soit par les aliments nouveaux qu'ils procurent aux idées délirantes et par leur imposition ou leur intégration au délire.

La notion du terrain doit être ici hautement considérée.

M. Ach. DELMAS. — Les rapports des événements de guerre avec les psychopathies constituent une question très vaste dont M. Chatagnon n'a pu qu'ébaucher ici les aspects.

Je voudrais insister sur quelques faits.

D'abord sur le réveil d'accès maniaques ou mélancoliques chez les intermittents. Si vous aviez comparé votre statistique de malades entrés au moment des événements de cette année, à celle des malades entrés l'an dernier, sans doute auriez-vous remarqué une quantité un peu plus grande d'états maniaques cette année. De même qu'en septembre de l'an dernier — et j'avais déjà noté le fait en 1914 — dans les Maisons de santé, on a vu arriver dans les huit premiers jours tout un lot de maniaques et de mélancoliques : la cause occasionnelle joue dans les deux sens.

Sur ce premier point je rappellerai encore un fait : depuis 10 ans, je suis une Polonaise qui fait régulièrement un an de dépression mélancolique, un an d'intervalle lucide. Au premier jour de l'envahissement de la Pologne, alors qu'elle entrait dans sa période de lucidité, cette femme est retombée aussitôt dans son état mélancolique.

Il est assez curieux de constater que le nombre global des aliénés n'augmente pas dans les périodes de guerre : mais la proportion des maniaques et des mélancoliques augmente certainement.

Sur les malades qui étaient déjà hospitalisés, la guerre n'a pas exercé une grande action. Or ce n'est pas le fait de l'hospitalisation qui l'explique. J'ai suivi des malades soignés dans le milieu familial : la guerre n'a pas beaucoup modifié non plus leur état. C'est que les malades mentaux sont trop préoccupés par leur état mental pour être influencés par les événements extérieurs. Pendant la guerre de 1914, j'avais remarqué que lorsqu'il survenait, dans la famille d'un mélancolique en évolution, le décès de quelque parent au front, on pouvait l'annoncer au malade sans faire naître d'émotion prolongée, le mélancolique se replongeait aussi-

tôt dans ses préoccupations mélancoliques. Plus tard, le fait était acquis, il n'y avait plus à y revenir.

M. BEAUDOUIN. — Dans la communication que je vais faire tout à l'heure, je rapporte des faits voisins de ce que dit M. Delmas sur l'apparition des états mélancoliques et maniaques en rapport avec le début de la guerre.

M. VIÉ. — Le peu d'action exercée par les événements extérieurs sur les maladies mentales en évolution est confirmé par la méconnaissance systématique de la guerre que j'ai notée chez plusieurs délirantes. L'une d'entre elles, bien que partiellement lucide, voyant les journaux, ne veut pas admettre que son fils est mobilisé, les lettres qu'elle reçoit de lui sont des « imitations », et elle se refuse à lui répondre à son adresse militaire.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Dans les leçons que j'ai consacrées, le 22 et le 29 novembre, aux *psychoses réactionnelles*, j'ai étudié les épisodes psychopathiques en rapport avec les événements que nous traversons. Je suis arrivé à des conclusions très voisines de celles de M. Chatagnon. Aux prédispositions du tempérament et du caractère, qui bien souvent sont indéniables, aux insuffisances viscérales, hépatiques, rénales, cardiaques préexistantes, plus ou moins accentuées, se sont ajoutés les émotions, les fatigues, les carences de toutes sortes, les changements de nourriture, les modifications complètes des conditions de la vie.

J'insisterai sur l'accumulation de ces facteurs chez les évacués, chez les transplantés. J'ai connu un médecin de 63 ans, envoyé de Paris, comme médecin de secteur, dans un département du Sud-Ouest. La médecine rurale est toute différente de celle de Paris. Dès la première nuit, ce médecin est dérangé pour aller soigner, à une longue distance, à travers des chemins à peine praticables, un homme atteint de *delirium tremens* consécutif à une fracture de cuisse. Cet homme mourut. Notre médecin connut d'autres déboires. Exténué, désorienté par cette vie toute nouvelle, désespéré de ces quelques échecs, il fit une poussée mélancolique avec auto-accusations.

Il est d'ailleurs à remarquer que dans l'ensemble de la population française les manifestations affectives à tonalité de crainte ont été bien plus marquées en septembre 1938 qu'en septembre 1939. On les observe beaucoup moins actuellement.

J'ajouterai enfin que je partage tout à fait l'avis de mon ami Delmas sur la diminution des capacités réactionnelles des grands psychopathes, pendant les phases actives de leur évolution.

M. HARTENBERG. — Je soulignerai l'augmentation de l'anxiété aussi bien parmi les combattants que parmi les civils ; elle est plus fréquente et plus marquée que dans la vie ordinaire, et peut revêtir une forme curieuse dont j'ai observé plusieurs cas. Il s'agit de scrupule professionnel chez des officiers qui ont peur de ne pas être à la hauteur de leur devoir ; par exemple, un officier d'artillerie, qui a scrupule de ne pas assez bien régler son tir, devient tellement inquiet et tellement malheureux qu'il demande à rendre ses galons, qu'il demande à être mis en congé parce qu'il ne se sent plus en mesure de faire son devoir.

M. Ach. DELMAS. — Ces états d'anxiété, d'angoisse évoqués par M. Hartenberg, dont la remarque m'a frappé, sont voisins de petits états dépressifs lucides, conscients. Ce sont des cas-limite, des cas de transition entre l'anxiété banale et de petits états mélancoliques.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — A côté du choc émotif brutal, il faut, dans ces cas, faire la place du surmenage affectif qui ne se manifeste qu'au bout de quelque temps. Mon ami Vinchon en a observé plusieurs cas dans son service.

M. CHATAGNON. — Je m'associe pleinement aux remarques judicieuses de M. Delmas, mais nous n'avons envisagé du problème des psychoses de guerre que ce que nous en avons pu observer dans nos services hospitaliers où du reste les malades nous arrivent le plus souvent de seconde main ; nos éléments statistiques ne répondent donc pas à l'ensemble des réactions psychopathiques de guerre, mais aux formes les plus sérieuses qui ont nécessité l'hospitalisation parmi la population féminine seule. Les hémorragies sous-conjonctivales souvent observées et que signale M. Picard sont fréquemment le fait de petites poussées hypertensives ou de modifications de la crase sanguine, ou de fragilité spéciale des vaisseaux au cours des crises des états cycliques (maniaques surtout), comme nous l'avons vu et rapporté avec P. Scherrer dans nos études sur les troubles circulatoires au cours des psychopathies.

Les réactions anxieuses sont très ordinairement associées ou se présentent à l'état pur, comme le dit M. Hartenberg au cours des réactions à l'état de guerre.

Événements de guerre et troubles mentaux,
par M. H. BEAUDOUIN

Je voudrais, sans aucun souci de documentation historique ni d'étude d'ensemble sur la question, apporter quelques observations, extrêmement succinctes, dans lesquelles on peut noter un rapport entre diverses manifestations psychopathiques et les événements de guerre.

Depuis la mobilisation jusqu'à ce jour, sur 120 malades entrées dans mon service, 12 ont été relevées qui rentrent dans ce cadre. On peut les répartir en trois catégories.

1) COLORATION DU THÈME DÉLIRANT PAR L'ACTUALITÉ. — On va trouver ici trois thèmes délirants expansifs, dont une découverte d'espionnage, — un thème dépressif chez une mélancolique intermittente, — un état onirique.

L... Madeleine, 20 ans, entrée le 5 septembre 1939.

Débilité mentale légère. Délire de mission pacifique. *Venue du Calvados pour voir le Président de la République qui devait la mettre « en communication avec M. Hitler ».*

Absence d'excitation psychique et de troubles psycho-sensoriels. Probabilité d'épisode analogue au moment des événements internationaux de 1938.

Rectification rapide. Sortie le 31 octobre.

L... Jeanne, 43 ans, entrée le 13 octobre 1939.

Débilité mentale nette. Idées confuses de persécution ; sédation apparente.

Est venue de Cannes à Paris dans le but « *de se présenter à l'Etat-Major pour servir* », et s'est adressée à un agent, qui l'a fait conduire à l'Infirmerie Spéciale.

Sortie demandée.

M... Elise, femme V..., 55 ans, entrée le 10 novembre 1939.

Déséquilibre psychique. Hyperémotivité. Dysthyroïdie ? Thème délirant limité : découverte d'un *centre d'espionnage* dans son entourage immédiat ; dénonciation de voisins chez lesquels elle entendait des bruits (fait confirmé).

Absence de rectification expresse. Regrets concernant son intervention. Aucune extension délirante. Sortie envisagée sous condition de changement de milieu.

D... Mathilde, femme T..., 49 ans. Entrée le 4 décembre 1939.

Cinquième entrée dans le service. Autres internements. Périodicité

à formule dépressive. Etait sortie du service le 12 octobre 1939. Inquiétude. Auto-dépréciation.

Les événements s'incorporent à ses conceptions mélancoliques habituelles : « Je ne sais pas si c'est réellement la guerre... ou si c'est une guerre contre moi... On m'en veut et on veut me punir...

« J'ai cru que c'était pour moi qu'on faisait des alertes... »

F... Berthe, femme D..., 58 ans, entrée le 8 décembre 1939.

Episode onirique de courte durée. Conte son passage à Sainte-Anne comme ayant été dramatique : *alertes, bombardements, tués, éris de blessés, fumées asphyxiantes...*

Rectification rapide.

Excès de café, peut-être de vin. Urée 0 gr. 20.

II) CONTRAVENTIONS AUX MESURES D'ORDRE NÉCESSITÉES PAR LES ÉVÉNEMENTS. — Comme on pouvait le prévoir, ce sont ici les « alertes » nocturnes qui ont attiré l'attention sur des réactions anormales.

P... Augustine, femme C..., 51 ans, entrée le 8 septembre 1939.

Débilité mentale. Hyperémotivité. Dramatisation. Au moment de la mobilisation, n'a pas voulu suivre sa patronne et est restée seule dans l'appartement. Au moment d'une alerte, a attiré l'attention par ses cris stridents, d'où internement.

Excitation variable. Explosions anxieuses. Nie la guerre.

D... Victoire, veuve S..., 75 ans, entrée le 8 septembre 1939.

Subexcitation et délire expansif. Affaiblissement intellectuel probable ; interrogatoire impossible en raison d'une extrême surdité.

« Arrêtée parce que, au cours d'une alerte, elle refusait d'éteindre ses lampes. »

M... Valérie, 58 ans, entrée le 14 septembre 1939.

Débilité mentale avec troubles du caractère très marqués. Placée dans le service de 1935 à 1938. Reprise par sa famille qui habite le Limousin, sous la condition d'y demeurer, est revenue à Paris après quelques mois.

Priée dans la rue de présenter ses papiers, elle s'est excitée et a été dirigée sur l'Infirmierie Spéciale.

G... Marie, femme Y..., 44 ans, entrée le 29 novembre 1939.

Alcoolisme chronique. Délire de persécution, de richesse et de grandeur. Réactions humorales négatives. Hypertonus. Attitude hautaine.

Refus de descendre dans les abris au moment des alertes. Laisse ses fenêtres très éclairées...

Par opposition à ces contraventions aux mesures de police

dictées par l'état de guerre, je rappelle avoir, en 1917, dans une ville de la zone des armées, été appelé à examiner une femme, atteinte d'un délire de jalousie typique, avec interprétations incessantes et subexcitation. Elle était venue poursuivre son mari après avoir été « expliquer son affaire » au commissariat de police et... *obtenu un sauf-conduit régulier.*

III) LES ÉVÉNEMENTS PARAISSANT UN ÉLÉMENT ÉTIOLOGIQUE CHEZ DES PRÉDISPOSÉES. — Après deux cas de manifestations anxieuses, je terminerai par le résumé d'une observation d'intermittente à formule hypomaniaque.

M... Madeleine, femme V..., 37 ans, entrée le 4 novembre 1939.

Mélancolie anxieuse, sans antécédents morbides signalés. Anxiété. Auto-accusations. Tentatives de suicide.

Début brusque, *au cours de son évacuation en Bretagne*, au moment de la mobilisation.

P... Suzanne, célibataire, 35 ans, entrée le 11 décembre 1939.

Psychose anxieuse, auto-dépréciation.

Début brusque par un *raptus anxieux lors des premières alertes* à Paris. « Affolée », elle est partie au Mans sans avertir l'administration qui l'emploie, ce qui a motivé son renvoi. Hyperémotivité foncière. Amélioration rapide ; sortie.

H... Suzanne, divorcée B..., 34 ans, entrée le 20 octobre 1939.

Psychose périodique. Cinquième entrée dans le service.

En 1925, deux placements : épisodes maniaques. Hystérectomie en septembre (salpingite). Elle a 19 ans.

Nouvel internement d'octobre 1931 à avril 1933 : courts épisodes d'hypomanie, à rythme mensuel.

A la suite d'une série d'hormovarine, accès maniaque franc, de plusieurs mois, puis amélioration totale et sortie. Reprise du travail. Suzanne revient assez fréquemment donner de ses nouvelles ; pas d'accès.

Nouvel internement le 7 septembre 1939 : court accès hypomaniaque ; arrestation le 4 septembre : elle s'était « barricadée avec les sacs de sable de l'immeuble » et « avait improvisé un masque à gaz en dentelle »...

Explique qu'elle a été *très impressionnée par la mobilisation.*

Sortie le 2 octobre.

Récidive. Nouvel internement le 20 octobre : accès en décours... Nouvel accès de courte durée en novembre. Le rythme observé en 1931-33 paraît avoir repris.

M. CHATAGNON. — A propos d'une de ses observations, M. Beau-douin appelle l'attention sur l'action de la thérapeutique folli-

culinique sur le déclenchement ou l'évolution des troubles maniaques de sa malade : c'est un point qui mérite en effet intérêt car si expérimentalement nous avons observé, comme de nombreux auteurs, que l'inondation d'un organisme vivant par de grosses doses de folliculine est nocive au fonctionnement normal de la glande ovarienne, la dite expérimentation n'a cependant pas encore pu révéler toutes les inconnues qui permettraient une explication complète des relations des glandes sexuelles avec l'activité du syndrome maniaque.

Je m'excuse de cette digression qui nous éloigne des psychoses de guerre.

M. BONHOMME. — Les « ypérités » par persuasion reçus dans un hôpital parisien après la première alerte représentent un autre aspect pittoresque de ces troubles psychopathiques.

Troubles psychopathiques en rapport avec les événements actuels, par M. J. Vié

De même que la menace de guerre et les évacuations préventives de septembre 1938, le début de la guerre en septembre 1939 a provoqué également l'apparition de quelques cas de troubles psychopathiques réactionnels parmi la population civile. Il est à noter que ces épisodes ont marqué le début des événements (mobilisation, premières alertes, etc...) et qu'ils ne se sont plus reproduits dans la suite. Il s'agit donc de phénomènes *initiaux*, atteignant les sujets porteurs de *méiopragies* particulières. Ceux-ci éliminés, le reste de la population se montre adapté à l'action ultérieure de facteurs analogues.

1. *Troubles liés aux événements de septembre 1938.* — Pfersdorff, en octobre 1938, a rapporté à la Société de Médecine du Bas-Rhin plusieurs cas de « psychoses provoquées par le danger de guerre », et Gelma, en novembre 1938, a étudié, dans la *Gazette des Hôpitaux*, l'influence de ces « menaces de cataclysmes sociaux ».

Dans mon service de Maison-Blanche, j'ai pu observer trois cas se rapportant aux événements de septembre 1938. Les deux premiers sont utilisés dans la thèse de mon élève Alain Patel (1). Je n'en dirai que quelques mots.

(1) A. PATEL. — *Contribution à l'étude de la sociopathologie des affections mentales en rapport avec les difficultés de la vie*. Paris, 1939.

OBS. 1. — *Accès délirant émotif* chez une jeune fille de 25 ans, tuberculeuse, convalescente de néphrectomie, évacuée des Ardennes à Lille, puis de Lille à Paris. Le délire de poursuite par des étrangers lui était communiqué par sa mère : chez les deux femmes, il avait éclaté au cours même du voyage. La fille guérit en quelques jours.

OBS. 2. — *Etat confusionnel* brusquement apparu le 30 septembre, chez une veuve de 55 ans, lors du départ de deux neveux mobilisés. Fille de buveur, ayant eu une « méningite » dans l'enfance et « neurasthénique » depuis la mort du mari en 1921, elle était atteinte de tuberculose pulmonaire scléreuse. La confusion avec agitation, incohérence, fausses reconnaissances, idées macabres, évolua vers la chronicité avec amaigrissement progressif et mort au bout d'un an d'évolution, le 25 octobre 1939.

OBS. 3. — Nous avons reçu ultérieurement dans notre service une veuve de 49 ans, en traitement à l'Hôpital St-Antoine pour une *maladie mitrale*. En septembre 1938, éclata un *accès confusionnel* avec anxiété, onirisme. Elle s'entendait appeler « boche » et craignait qu'on ne lui enlève son fils âgé de 15 ans. Des crises épileptiformes coïncidèrent avec une arythmie complète en août 1939. Depuis lors, les troubles mentaux ont disparu, en dépit d'une nouvelle crise d'hyposystolie.

II. *Troubles liés aux événements de septembre 1939.* — Sur 46 malades reçus dans le service du 1^{er} septembre au 20 novembre 1939 (défalcation faite de malades chroniques reçues par évacuation d'autres établissements), l'influence des événements a fait apparaître la psychose dans deux cas ; elle a apporté un appoint occasionnel chez six malades qui évoluaient déjà depuis un temps variable. Dans 38 cas, elle n'est pas intervenue.

OBS. 4. — Marie Qu..., hôtelière, 36 ans. *Accès d'excitation anxieuse*. La mère serait morte de diabète à 59 ans à l'Hôpital Henri-Rousselle. Mariée à 24 ans, la malade a eu une fausse couche. Elle aurait été soignée à domicile en 1934 pour sa nervosité. Son mari, mobilisé le 1^{er} septembre, la laisse à la tête de leur hôtel. Elle se sent débordée par les circonstances, obligée de recourir à sa belle-sœur, avec laquelle elle ne s'entend pas. Elle souffre de son isolement, a des cauchemars, s'excite, brise des verres.

Le 7 septembre, on constate une agitation anxieuse avec idées délirantes polymorphes. Marie croit qu'on va la tuer, elle a, dit-elle, renoué la vie tranquille, la vie heureuse ; une force l'a poussée, on a travaillé son cerveau. L'état général est altéré : fièvre, langue saburrale, lèvres fuligineuses.

Le 8 septembre, l'anxiété a diminué, l'excitation et les phénomènes d'automatisme mental persistent, « elle est comme un sujet de transmission ».

Le 9 septembre, elle est calme, reconnaît le caractère pathologique des troubles, et elle est rendue à son mari qui l'emmène se reposer dans sa famille.

OBS. 5. — Adrienne F..., employée de commerce, 26 ans. *Confusion mentale*. Dix frères et sœurs, dont l'une morte de convulsions en bas âge. Puberté à 13 ans, règles irrégulières et peu abondantes. Petite taille, gracilité. Intelligente, travailleuse, de bon caractère.

Elle se montre profondément émue par le départ de ses frères et de son fiancé lors de la mobilisation. Habitante seule, elle ne cesse de pleurer, s'évanouit à son travail le 5 septembre. Le 10 septembre, à table, elle pâlit, se sent glacée, se dit transformée, a une impression de mort imminente.

Traitée d'abord à l'Hôpital Bichat, Adrienne est envoyée à Sainte-Anne dans un état d'excitation avec logorrhée, insomnie, refus d'alimentation par intervalles. A Maison-Blanche, elle présente un état de confusion mentale aiguë avec excitation diffuse, hyperthermie ($37^{\circ}8$), pouls petit et fuyant, hypotension artérielle, urée sanguine (0,40), lèvrès fuligineuses, amaigrissement. Suspension des règles. Albuminurie.

L'état général s'est amélioré, la confusion n'est plus continue mais reparait ainsi que l'excitation par bouffées brusques, parfois il y a gâtisme nocturne ; l'albuminurie persiste. Le pronostic demeure encore bien réservé.

Dans ces deux observations, comme dans les trois précédentes, les événements paraissent avoir déterminé l'apparition de l'accès psychopathique chez des sujets qui auparavant ne présentaient pas de troubles cérébraux en évolution. Nous avons souligné, chez les 5 malades, le terrain particulier de fragilité organique ou de sensibilisation antérieure. Il s'agit de deux tuberculeuses, l'une pulmonaire chronique, l'autre rénale, venant de subir une grave intervention ; d'une cardiaque en période de décompensation ; d'une jeune fille chétive et surmenée. Dans l'observation 4, la nervosité habituelle, de type hyperémotif, apporte une prédisposition certaine.

Sur ce terrain, l'évacuation, la séparation brutale du mari, des frères ou des neveux, du fiancé ont agi comme des chocs émotifs accrus par l'isolement consécutif, la prise de contact avec des responsabilités nouvelles ; la fatigue et l'inquiétude de la situation matérielle se sont ajoutées au bouleversement affectif. D'où la teinte confusionnelle dominante de ces psychoses réactionnelles que nous avons observées.

Leur évolution n'est pas parallèle à l'importance de la lésion viscérale préexistante, mais se montre en rapport avec la gravité

de l'atteinte confusionnelle. Il est possible que des renseignements qui nous ont fait défaut, sur les antécédents familiaux, apporteraient une lumière sur la sensibilité cérébrale plus ou moins grande des malades en question.

Appoint occasionnel apporté par les événements. — Les six malades, dont nous allons maintenant résumer l'histoire, présentaient, avant les événements de septembre, une maladie mentale en cours : épilepsie, affaiblissement artérioscléreux, psychose hallucinatoire subaiguë ou chronique.

Dans 4 cas, *l'appoint émotif* des séparations ou des alertes a compliqué l'état primitif et nécessité l'internement.

OBS. 6. — Georgette M., 32 ans, présente des crises d'épilepsie et des troubles du caractère depuis l'âge de 13 ans. La fréquence des crises et des vertiges la contraint à ne plus travailler au dehors. Depuis la mobilisation de ses frères, elle est triste, pleure sans cesse, ne veut plus manger. Internement le 13 septembre 1939. Toute la symptomatologie surajoutée régresse. Georgette suit régulièrement le traitement par le strychno-gardénal, n'a que des vertiges rares, travaille à l'atelier de couture.

OBS. 7. — Geneviève P., 37 ans. *Bouffée délirante hallucinatoire.* Elle a eu 13 enfants, dont 7 restent vivants. Son mari est mort il y a un an et demi de tuberculose pulmonaire. Depuis le mois de juillet 1939, elle se sent « hypnotisée par le parti communiste » (automatisme mental, hallucinations auditives). La psychose latente se révèle brusquement lors du départ de ses deux frères et de son beau-frère mobilisés et de ses 7 enfants évacués dans cinq endroits différents, suivant leur âge, par la Caisse de Compensation de l'usine où elle travaille. Albuminurie persistante.

Internée le 5 septembre, elle est guérie à la suite d'une série d'injections de valérianate d'atropine et sort le 23 septembre 1939.

OBS. 8. — Estelle L., 68 ans. *Mélancolie présénile.*

Son premier mari est mort à la guerre en 1916, ainsi que deux de ses fils (1914 et 1918). Remariée, ne présente pas de troubles mentaux, néanmoins l'affaiblissement artérioscléreux est évident, les bruits du cœur sont assourdis ; cataracte gauche.

Les accidents se sont manifestés à la troisième alerte : déprimée, craintive, anxieuse, elle délaisse son ménage, gémit, a des visions de guerre, tente de sauter par la fenêtre. Mélancolie anxieuse avec inhibition, hallucinations pénibles, désorientation, propos rares et peu cohérents.

OBS. 9. — V. d. B., 73 ans. *Accès délirant sur fond d'affaiblissement artérioscléreux.* A perdu son mari en juillet 1939. Très nerveuse, elle

avait depuis quelque temps des idées de grandeur, voulait aller visiter ses châteaux. Depuis la guerre, elle voyait des avions allemands descendre dans le cimetière, interpellait des passants qu'elle considérait comme des espions. Hypertension artérielle 20-10. Urée sanguine 0,40 cg.

Chez quelques malades internées depuis le début de la guerre, les événements ne font qu'apporter un thème nouveau au délire, sans avoir joué aucun rôle dans le déterminisme de la psychose. Dans les deux derniers cas que nous signalons aujourd'hui, les alertes ont fourni l'incident qui a décidé de l'internement.

OBS. 10. — Françoise M., 51 ans, concierge. *Psychose hallucinatoire chronique*. Veuve de guerre, tuberculose pulmonaire : pleurésie en 1920, séjour de 2 mois en préventorium en 1936. Lésions bilatérales avec caverne du sommet gauche.

Depuis un an, Françoise se sent électrocutée par un médecin-radiologue habitant la même maison. On note chez elle l'automatisme mental, des hallucinations auditives et cénesthésiques. Lors de la première alerte, des étrangers brisent les vitres d'une pièce attenante à la loge. Elle porte plainte au commissariat. Internement le 10 septembre 1939.

OBS. 11. — Marie-Louise J., 42 ans. *Psychose hallucinatoire chronique* évoluant depuis 14 mois. Les phénomènes d'automatisme mental et les hallucinations cénesthésiques sont très vifs, surtout au début. Le langage revêt le type paranoïde. Lors d'une alerte, Marie-Louise n'avait pas éteint sa lumière bleue : elle s'oppose à l'entrée des agents de police et les injurie, elle se refuse à admettre l'état de guerre. Internement le 19 octobre 1939.

Parmi les nombreuses incidences sociales de la guerre, signalons encore le cas, bien différent, des malades pouvant vivre en liberté grâce à la présence de membres de leur famille, et qui ont dû être internées par suite de la mobilisation de leur soutien. Il ne s'agit plus ici d'une répercussion émotive ou d'une inadaptation occasionnelle, mais de l'aggravation apportée par les événements aux difficultés de la vie. Trois épileptiques ont ainsi été obligées d'entrer dans notre service spécial. Elles s'ajoutent à ces malades et infirmes que l'isolement, déjà en temps de paix, contraint à un mode d'assistance que des circonstances plus favorables permettraient de leur éviter.

M. BRISSOT. — En somme, les faits de guerre n'ont pas agi sur la cause des psychoses : ils n'ont manifesté que des modes étiologiques et symptomatiques que nous connaissions déjà. Il en est de même pour les mobilisés. Chez les malades mentaux que j'ai

vus, il y avait une moitié d'alcooliques, 20 pour 100 d'hypochondriaques, et le reste des sujets présentaient des « crises » dont 1 à 2 pour cent étaient épileptiques, le reste pithiatiques ou toxiques. Ajoutons-y encore quelques débiles, quelques paralytiques généraux, quelques mélancoliques. Chez les officiers, j'ai observé des délires mélancoliques et des psychoses de scrupule.

M. BEAUDOUIN. — Pendant la guerre de 1914, on a vu des débiles faisant des abus de boisson, devenir des alcooliques.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Il faut insister en effet sur l'importance de l'appoint alcoolique dans la plupart des tableaux observés, qui comportent 90 % d'alcool et un peu d'anxiété... On est frappé par l'ignorance totale de la diététique : des gens qui boivent 3 à 4 litres de vin par jour n'admettent pas qu'on leur reproche de commettre des excès...

M. BESSIÈRES. — J'avais écrit autrefois avec mon interne Beley un article, basé sur l'étude de 300 cas, pour démontrer qu'à partir de deux litres de vin par jour, on présente toutes les conditions pour faire des accidents alcooliques. Mais il existe, sur ces questions, une véritable censure, même en temps de paix. J'avais fait dans cet article deux suggestions : celle de profiter de l'état d'esprit d'après-guerre pour attirer l'attention sur le danger du vin ; et celle du danger que présente la propagande de médecins « amis du vin ». Plusieurs journaux médicaux ont refusé mon article, et lorsque l'un d'entre eux l'eût publié..., la petite phrase sur les Amis du vin avait disparu...

La séance est levée à 18 heures 10.

Le Secrétaire des séances :

Jacques VIÉ.

SOCIÉTÉS

Société Belge de Neurologie

Séance du 25 novembre 1939

Présidence : M. R. NYSSSEN, président

Syndrome de Parinaud : étude anatomique par M. P. VAN GEHUCHTEN.

Un homme de 66 ans fait, à la suite d'un ictus, une hémiparésie droite, qui régresse progressivement. Il subsiste, entre autres, comme séquelle définitive, une paralysie de l'élévation du regard, avec conservation des mouvements automatico-réflexes. Le décès survient trois ans après par apoplexie foudroyante.

L'autopsie montre une hémorragie cérébrale récente avec inondation ventriculaire. Une coupe horizontale passant entre les tubercules quadrijumeaux supérieurs et inférieurs révèle l'existence d'un foyer ancien situé à gauche de la ligne médiane, dans la région du Noyau de Darkschewitch, et s'étendant en hauteur du Noyau Rouge au Noyau du III. Il y a atrophie des fibres allant vers la commissure postérieure.

L'auteur compare ses constatations à celles des principaux cas de la littérature et discute les théories en présence.

Cholesteatome de la région épiphysaire, par MM. P. VAN GEHUCHTEN,
MORELLE et RAYMAKERS.

Etude anatomo-clinique du cas d'un homme de 31 ans atteint d'un syndrome d'hypertension intracrânienne, avec signes pyramidaux du côté gauche, troubles de l'équilibre et attitude très particulière de la tête, en hyperflexion, survenant par crises, mais sans rapport absolu avec les céphalées. La ventriculographie fit croire à une tumeur de la fosse postérieure, mais à l'intervention on ne découvrit aucune lésion.

Il s'agissait en réalité d'un volumineux cholestéatome de la région du troisième ventricule qui remplissait toute cette cavité. Les crises d'hyperflexion de la tête sont attribuées aux variations de l'hypertension intracranienne. Il s'agissait d'une hypertonie présentant des analogies avec la rigidité de décérebration.

Syndrome constitué par l'association de troubles mentaux paranoïdes, de polynévrite de néphrite et de crampes (Maladie des crampes), par M. J. TITECA.

Relation du cas d'un homme de 41 ans sans antécédents pathologiques ni alcooliques, dont l'affection débuta par des troubles mentaux paranoïdes. L'examen révélait une irrégularité diffuse des réflexes tendineux et une parésie faciale gauche, une légère albuminurie et une augmentation du taux de l'urée sanguine.

L'apparition de crampes dans les mollets fut l'occasion de constater qu'il existait également une forte hyperuricémie. La guérison des troubles mentaux et des crampes coïncida avec la disparition de l'hyperuricémie, alors que le taux de l'urée sanguine était revenu à la normale depuis 5 semaines déjà. Une nouvelle poussée d'hyperuricémie détermina une légère récurrence des troubles mentaux ; un régime sévère immédiatement appliqué amena la guérison avant l'apparition des crampes. Il semble que celles-ci ne se produisent que pour un certain taux d'acide urique.

Dans les cas de ce curieux syndrome décrits dans la littérature, les troubles mentaux sont rares. L'auteur en discute la pathogénie.

Sur les arthropathies mutilantes symétriques des extrémités inférieures et leurs rapports avec la syringomyélie. Contribution à l'étude du mal perforant plantaire familial, par M. L. VAN BOGAERT.

Démonstration d'un malade de cette famille présentant une déformation lente et progressive des orteils et du tarse, avec tassement du pied dans le sens antéro-postérieur, douleurs aux mouvements, anesthésie thermique très limitée répondant aux deux grands orteils et à la partie antérieure des bords interne et externe des deux pieds. Il existe en outre une lipomatose symétrique des membres supérieurs.

Les radiographies des pieds montrent un aspect très caractéristique d'ostéolyse « en flammèche » des extrémités distales des métatarsiens et de la partie proximale des phalanges, avec légère atteinte de l'articulation tibio-astragalienne. Ce malade a deux frères plus jeunes atteints de mal perforant plantaire, d'ulcérations trophiques au niveau de la main gauche avec dissociation syringomyélique en gant typique.

La syringomyélie peut donc prendre comme dans les cas classiques un aspect évolutif de tumeur, ou présenter une sémiologie principalement trophique (scolioses, arthropathies, maux perforants, lésions des ongles), comme c'est le cas dans cette famille.

(Ce travail paraîtra ultérieurement dans les *Annales de Médecine*).

J. LEY.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Groupement Belge d'Etudes Oto-Neuro-Ophtalmologiques et Neuro-Chirurgicales

Réunion annuelle du 16 Décembre 1939
consacrée à l'étude de l'atrophie optique

Présidence : M. V. CHEVAL

Deux cas de sclérose tubéreuse (Maladie de Bourneville) avec lésions
rétiniennes, par M^{me} ANDRÉ-VAN LEEUWEN et M. BUSSCHAERT.

Présentation de deux fillettes atteintes d'idiotie profonde avec épilepsie
mais sans symptômes focaux. Il existe dans les deux cas des adénomes
sébacés de la face, de la « peau de chagrin » lombaire et des altérations
rétiniennes typiques.

Neuropathologie de l'atrophie optique. Considérations générales,
par M. H. COPPEZ.

Chargé d'introduire le sujet, l'auteur rappelle certaines notions anatomi-
ques et physiologiques, en insistant sur les possibilités chirurgicales dans
le traitement de l'atrophie optique, sur l'importance de la périmétrie quan-
titative et sur les troubles vasculaires de la région.

L'atrophie simple du nerf optique, par M. VANDERHOEVE (de Leyde).

Cette atrophie n'a de simple que le nom ; son intensité n'est pas toujours
parallèle à celle des troubles de l'acuité visuelle ; son pronostic est souvent
très difficile à établir.

L'auteur passe en revue les principales causes de l'atrophie optique et

illustre son exposé d'une série de documents radiographiques remarquables, en insistant particulièrement sur le traitement chirurgical de l'affection. Les atrophies des tumeurs de la base sont les plus intéressantes ; la mise en évidence d'œdème dans un nerf atrophique et l'étude minutieuse des altérations du champ visuel constituent des éléments importants de diagnostic.

Atrophie optique dans les tumeurs juxtahypophysaires, par M. P. MARTIN.

Présentation d'un malade opéré qui était atteint d'un syndrome hypophysaire grave avec polyphagie et polydipsie énormes, cécité et ophtalmoplégie totale à droite.

L'intervention transfrontale permet l'ablation d'une tumeur suprasellaire accolée au nerf optique droit ; il s'agissait d'une hypophyse accessoire, siège d'un adénome acidophile. Les symptômes ont rétrogradé bien que l'hypophyse restée en place fût aussi adénomateuse.

L'auteur présente également deux fillettes d'une dizaine d'années opérées depuis un an pour craniopharyngiome et dont les cas étaient cliniquement assez analogues. Ces deux malades offrent actuellement, au point de vue morphologique, un contraste saisissant. A la suite de la même opération, l'une évolua en effet vers un état de cachexie hypophysaire très accentuée, l'autre vers une obésité de plus en plus marquée qui réalise aujourd'hui un syndrome adiposo-génital typique.

Atrophie optique familiale compliquée de Behr (*Présentation de deux malades et d'une observation anatomique*), par M^{re} ANDRÉ-VAN LEEUWEN et M. LUDO VAN BOGAERT.

Présentation de deux fillettes atteintes d'une atrophie optique familiale et héréditaire avec des signes neurologiques discrets, rappelant le type compliqué décrit par Behr. Les auteurs, dans une note préliminaire, essayent de préciser ce type, à l'égard de la maladie de Leber. Ils apportent l'étude anatomique d'un cas de cette famille qui constitue la première observation anatomique du type Behr et la troisième existante du groupe des atrophies optiques familiales, si l'on tient compte des cas de Schirmer et Rehsteiner. Ceux-ci, il est vrai, sont difficiles à utiliser pour une analyse systématique de la maladie, étant donné que les vérifications des ophtalmologistes s'arrêtent à la portion préchiasmatique du nerf optique.

Les auteurs ont constaté dans leur cas des atrophies systématisées caractérisées par une gliose des cordons de Goll et de Burdach, des voies pyramidales, et une démyélinisation massive des faisceaux centraux du nerf optique.

Atrophie optique et ischémie, par M. FRITZ.

La mesure de la pression capillaire dans la papille et celle du débit artériel montrent que dans l'atrophie optique l'intensité de la circulation est diminuée. Cette ischémie peut jouer un rôle, au moins dans l'aggravation de l'atrophie, et elle peut être combattue en intensifiant la circulation locale soit par les vaso-dilatateurs, soit par la diathermie ultra-courte. Ces troubles circulatoires expliquent les variations de la vision observées en clinique dans de nombreux cas.

Dégénérescence du faisceau papillomaculaire. Lésions spontanées fréquentes chez les singes, par M. H.-J. SCHERER.

Il s'agit de lésions limitées strictement fasciculaires qui paraissent être un phénomène terminal chez beaucoup de singes. Elles sont toujours bilatérales et sont vraisemblablement liées à un trouble de la nutrition, peut-être une avitaminose. On rencontre des lésions analogues dans les myéloses et les encéphaloses des singes, et elles ont une parenté avec la myélose funiculaire humaine.

Sur l'atrophie papillaire bilatérale des singes (forme optique de la leuco-encéphalose périvasculaire confluyente, par M. Ludo VAN BOGAERT.

Etude clinique et anatomique d'une forme optique de la leuco-encéphalose périvasculaire confluyente se présentant chez différents singes sous forme d'une amaurose aiguë transitoire, avec rigidité pupillaire amaurotique, ou sous forme de troubles visuels à peine décelables, fugaces, et qui passent inaperçus, d'autant plus que les papilles peuvent dans cette seconde série de cas ne présenter au début aucune anomalie. Ces signes de cécité disparaissent après un certain temps. On observe, au point de vue ophtalmologique, une atrophie papillaire bilatérale, décrite par Morax chez un animal de Levaditi, Hornus et Schoen. Cette forme optique a été observée 7 fois sur 12 animaux étudiés. Elle répond à une dégénérescence des faisceaux axiaux du chiasma et de la bandelette et à des lésions de localisation variable dans les nerfs optiques.

Les déterminations optiques de l'anémie pernicieuse, par M. L. VAN BOGAERT.

Les troubles visuels de l'anémie pernicieuse sont généralement attribués à des troubles circulatoires. La névrite optique est rarement signalée dans la littérature. Elle peut précéder les autres symptômes et en imposer pour un tabès.

L'auteur relate deux observations cliniques suggestives à cet égard, et conclut qu'il s'agit probablement d'une atteinte primaire du nerf optique. Il compare ces lésions aux atrophies de type anémique observées chez le singe, où elles sont fréquentes, tandis qu'elles sont rares dans l'anémie humaine.

J. LEY.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

PSYCHIATRIE

Les comportements fondamentaux dans les affections mentales, par le Dr René SUTTEL, Interne des hôpitaux psychiatriques de la Seine (1 brochure in-8°, 162 pages, Maloine éd., *Thèse*, Paris 1939).

Dans cette thèse, faite dans le service et sous l'inspiration du Dr J. Vié, l'auteur étudie les troubles de quelques tendances fondamentales qui découlent du simple exercice de l'activité cérébrale et sont indispensables pour une conduite élémentaire. Après un bref historique et l'exposé résumé des tendances actuelles de la psychopathologie, M. René Suttel dégage et considère comme capitales les trois tendances fondamentales suivantes : orientation et contact avec l'ambiance, besoin fondamental d'activité, besoin d'appropriation et d'aménagement de l'ambiance, éléments assurément considérés comme inséparables mais distingués pour la clarté de l'exposition et de la discussion et étudiés en allant du normal au pathologique.

Ces trois éléments primordiaux (orientation, besoin d'activité, action sur l'ambiance) sont les derniers à disparaître lorsque l'activité s'atténue. Ils se montrent en effet intimement liés et présentent une involution parallèle.

Étudiant les diverses formes de la désorientation temporo-spatiale, jusqu'au stade minimum compatible avec une vie réduite, M. René Suttel montre que chez les délirants, les divers degrés de l'intégration au milieu font parcourir une série de compromis entre le monde réel et le monde virtuel. L'activité constitue un besoin si profond qu'elle s'exerce encore aux niveaux inférieurs, sous des formes réduites, sans but, sans aucune destination utilitaire. Et le besoin de propriété, parallèle au besoin d'activité, et très peu étudié jusqu'ici, manque seulement dans les degrés inférieurs.

La connaissance de ces comportements a une importance sociale qui dépasse encore son intérêt séméiologique. Beaucoup d'anomalies psychopathologiques se révèlent sous l'influence des difficultés de la vie quotidienne et se situent sur le plan de l'action. C'est dans les éléments de la conduite

que se jugent et se prévoient l'orientation et l'avenir du malade. Il est nécessaire de prévoir quel serait son comportement devant les obstacles qui le guettent après sa sortie de l'hôpital, et, dans la meilleure hypothèse, de savoir s'il est en état de reprendre sa vie antérieure ou quel mode de vie réduite doit lui être conseillé.

On ne saurait surestimer l'importance pratique des problèmes soulevés par cet intéressant travail. Les problèmes qu'il soulève sont de ceux qui méritent d'être médités.

René CHARPENTIER.

PSYCHOLOGIE

Nouveau Traité de Psychologie, par Georges DUMAS, Membre de l'Académie de Médecine, Professeur à la Sorbonne, *Tome Cinquième, Les fonctions systématisées de la vie intellectuelle*, avec la collaboration de B. BOURDON et H. DELACROIX, (1 vol. in-8°, 408 pages, Félix Alean édit., Paris).

Le tome V du *Nouveau Traité de Psychologie* débute par l'exposé de M. Bourdon sur la perception, perception en général et perception de la vue, du toucher, de l'ouïe, du sens statique, du goût, de l'odorat, de la cénesthésie.

Mais cet important volume est dû presque en entier au regretté Doyen de la Faculté des Lettres de Paris, H. Delacroix. Il y étudie successivement les opérations intellectuelles (la pensée et les images, les concepts, l'évolution des idées générales, le jugement et la formule du jugement, la fabrication du nombre), le langage, les formes du langage comme expression de la pensée et formule du jugement, le développement du langage et sa fonction psychologique.

M. H. Delacroix consacre ensuite des pages très intéressantes à la croyance, à ses degrés, à la foi. Il y montre l'action du sentiment sur l'intelligence à laquelle il tend à imposer ses objets et la façon de les présenter, mais aussi que ce sentiment n'est pas créateur et n'est, en aucune façon, un équivalent de l'intelligence. L'esprit critique consiste avant tout à s'affranchir des illusions du sentiment, à se débarrasser de la prévention et des passions. Ce qui ne veut pas dire que toute erreur soit d'origine affective, ni que le sentiment aboutisse nécessairement à l'erreur. Mais la subjectivité se dissimule aisément sous un appareil logique, pour guider vers une fin posée d'avance. La science est objective. De là une dualité d'où résultent la plupart des conflits humains.

Après la croyance, M. H. Delacroix étudie la psychologie de la raison, la nature et le fonctionnement de l'intelligence et, chemin faisant, discute l'existence d'une mentalité prélogique. Ce tome cinquième se termine par l'étude des souvenirs, de la conscience du temps, des rapports de la mémoire et de l'intelligence (mémoire immédiate, mémoire et organisation intellectuelle, mémoire et habitude, essence du souvenir, reconnaissance, développement de la mémoire, oubli, troubles de la mémoire, mémoire affective, etc.). Le psychiatre lira avec intérêt les pages consacrées aux hypermnésies, aux amnésies, aux prétendues amnésies alternantes, aux paramnésies (sentiment de déjà vu, de déjà vécu), au rêve, à la rêverie. M. Delacroix y montre que la thèse de Freud s'applique beaucoup mieux à la rêverie qu'au rêve. Il se

demande si la mémoire affective n'est pas souvent l'interprétation en termes de passé de telles lueurs affectives qui tranchent sur l'existence présente ; et si, dans d'autres cas, elle n'est pas seulement, sous l'abolition du présent, la restauration d'un aspect en apparence aboli de notre affectivité, la renaissance d'une sensibilité éteinte, ou bien tout simplement encore l'hallucination du passé.

René CHARPENTIER.

PSYCHANALYSE

Le miracle Grec, par R. de SAUSSURE (1 vol. in-8°, 210 pages in *Bibliothèque psychanalytique*, Editions Denoël, Paris 1939).

Ce travail est déjà paru dans la *Revue Française de psychanalyse*. Dans cet « essai » l'auteur étudie les conditions psychologiques des structures sociales et leurs répercussions sur la culture des nations. Le herceau de l'humanité lui apparaît comme une sorte de névrose collective qui faisait obstacle au développement de l'intelligence et chaque civilisation est, pour lui, une tentative plus ou moins réussie d'auto-guérison spontanée. La première en date, la civilisation grecque est parvenue à faire tomber le voile qui la séparait de la réalité. Si la Grèce a emprunté certains matériaux aux civilisations préhelléniques, elle a eu l'originalité d'adopter une attitude nouvelle vis-à-vis du réel, attitude de doute, qui devait la conduire à l'esprit scientifique.

On a donné des explications géographiques, ethniques et historiques de ce que Renan a appelé le Miracle Grec. L'explication psychologique qui met en relation le développement de la pensée autonome avec la libération de la jeune génération vis-à-vis de celle qui l'a précédée, permettrait de mieux comprendre le phénomène qui s'est produit dans la Grèce ancienne.

L'autorité écrasante du chef de famille a maintenu longtemps l'Hellade dans une période obscure et conformiste. Les réformes successives de Dracon, de Solon et de Clisthènes ont abattu cette autorité. Comme la religion était avant tout familiale, la chute de la *gens* entraîna la disparition de la pensée collective. Tout homme qui réfléchissait devait se créer une pensée personnelle. La comparaison de ces solutions individuelles conduisit au doute puis aux critères de l'expérience qui sont ceux de la science. Cette situation particulière à la Grèce ne se rencontra dans aucune des civilisations antérieures.

Les qualités qui furent celles du Miracle Grec sont nées d'un ensemble de circonstances et notamment de la lutte des générations qui s'est terminée par une harmonisation croissante entre père et fils ; elles ne sont que très secondairement le fruit d'une race ou d'un climat.

L'interprétation psychologique, proposée par M. R. de Saussure, de la formation des civilisations de technique ou des civilisations scientifiques est l'application des doctrines de Freud et de Piaget. Tandis que la psychologie recherche les étapes de l'intelligence à mesure que l'homme prend conscience de lui-même, la psychanalyse s'efforce d'éclairer les processus inconscients de la vie psychique.

René CHARPENTIER.

BIOLOGIE

Physiopathologie de la vieillesse et Introduction à l'étude des maladies des vieillards, par P. BASTAI, Professeur de Pathologie médicale et de Méthodologie clinique à la Faculté de Médecine de Florence, et G.C. DOGLIOTTI, Chef de Clinique, (1 vol. in-8°, 236 pages, Masson et Cie éd., Paris 1938).

L'étude des phénomènes pathogéniques de la sénescence étant susceptible d'aboutir à l'éclaircissement des importants problèmes de la pathologie sénile, les auteurs s'attachent surtout ici à l'étude physiopathologique de la vieillesse, se contentant, en guise d'introduction à l'étude des maladies des vieillards, de signaler les caractères généraux de la pathologie proprement dite de la vieillesse.

C'est ainsi qu'ils exposent méthodiquement et clairement, appareil par appareil, les caractères morphologiques du processus de la sénescence, puis les données les plus importantes et les points les plus saillants concernant la physiologie du vieillard normal (biochimie, hémodynamique, fonctions spécifiques, contrôle neuro-hormonal). A l'âge sénile, il existe surtout une labilité de la régulation neuro-végétative, un état d'incertitude et de faiblesse du contrôle que cet important système exerce sur la fonction des divers organes. Les fluctuations cliniques et biochimiques constatées sont l'expression des répercussions variables, complexes, et en grande partie obscures de la sénescence sur le système endocrino-neurovégétatif.

Après un exposé critique des théories anciennes et modernes de la sénescence humaine, de celles tout au moins qui, sans tendre à établir la cause première, cherchent à interpréter les données objectives, MM. Bastai et Dogliotti concluent que, pour eux, la vieillesse est la résultante d'un trouble complexe, dont le détail et l'ensemble dérivent du milieu interne, rendu à la longue impropre à assurer la vitalité des cellules et des tissus. En dernière analyse, cette modification du milieu interne est la résultante d'une circulation inadéquate à l'égard des tissus.

Les auteurs étudient ensuite l'hypersénilité-maladie : sénescence précoce généralisée, hypersénilité de district (splanchnopathie sénile, pneumo-cardiopathie sénile, *démence sénile*), hypersénilité et capillaropathie sénile. Même dans l'hypersénilité du système nerveux, les facteurs héréditaires jouent un rôle important. Dans la grande majorité des cas, les déments séniles doivent être considérés comme des sujets chez lesquels les altérations anatomiques et fonctionnelles communes du système cérébro-spinal, constituant l'état méiopragique neuropsychique du vieillard normal, accentuent nettement leur caractère morbide.

Pour terminer, les auteurs exposent les caractères séniles des processus morbides communs à tout âge (processus infectieux, processus de régénération et de compensation, processus néoplasiques), le problème clinique de l'artériosclérose qui est une maladie et non la conséquence normale de la vieillesse, et passent en revue rapidement les maladies propres à l'état sénile de signification incertaine (hypertrophie de la prostate, arthro-ostéopathie sénile, etc.).

La puberté, Etude clinique et physiopathologique, par Guy LAROCHE, M. BOIGEY, E. BOMPARD, A. DESAUX, R. DUCROQUET, L. de GENNES A. HAMMEL, T. HERNANDO, M. HIRSCH, J.-A. HUET, H. LAGRANGE, E. LAYANI, P. LE NOIR, C. LIAN, G. MARAÑON, Et. MAY, L. MEURS-BLATTER, Ch. RICHET, H. SIMONNET, H. WELTI (1 vol. in-8°, 350 pages, Masson et Cie édit., Paris 1938).

Ce livre est l'œuvre de cliniciens spécialisés dans les branches les plus diverses de la médecine, réunis pour exposer au lecteur les multiples aspects normaux et pathologiques de la puberté. Avant tout destiné aux médecins, il pourra rendre des services aux professeurs, aux éducateurs, aux parents.

On y trouvera des exposés sur l'évolution normale de la puberté, ses déviations pathologiques (surmenage, pubertés précoces et pubertés tardives), l'action des hormones sexuelles et des autres facteurs hormonaux durant la période pubérale, des considérations sur l'intersexualité pubérale, presque constante dans le sexe masculin d'après M. Marañon qui attend les progrès de la psychiatrie de l'abandon des travaux de psychologie au profit des travaux d'endocrinologie. M. Marañon estime que « la psychiatrie comme le « reste de la médecine doit être l'œuvre des naturalistes et non des philosophes et des romanciers ». On pourrait s'étonner de cette appréciation qui paraît méconnaître l'orientation et les travaux de la psychiatrie française contemporaine, négliger aussi les incertitudes et les contradictions qui, au moins provisoirement, s'attachent encore aux résultats des recherches endocrinologiques les moins superficielles.

D'autres chapitres sont consacrés aux troubles vaso-moteurs de la puberté, aux troubles cardio-vasculaires, digestifs, hépatiques, à la tuberculose, aux goîtres, à la maladie de Basedow et au traitement chirurgical des syndromes thyroïdiens de la puberté, à l'insuffisance génitale mâle et aux troubles de la menstruation de la période pubertaire, à l'obésité, à la maigreur, à la cellulite, aux troubles oculaires, aux réactions cutanées. Une quinzaine de pages sont consacrées par M. A. Hammel à une brève revue des troubles psychonévropathiques de la puberté, de leur prophylaxie et de leur traitement.

Ce traité se termine par des directives sur l'alimentation et l'exercice physique à l'époque de la puberté et la physiothérapie des troubles de la puberté.

R. C.

THÉRAPEUTIQUE

L'année thérapeutique — Médications et procédés nouveaux, Treizième année, 1938, par A. RAVINA, (1 vol., 188 pages, Masson et Cie édit., Paris 1939).

Ce nouveau volume est, comme les précédents, un résumé pratique de tous les faits nouveaux d'ordre thérapeutique publiés au cours de l'année 1938 tant en France qu'à l'étranger. On y trouve 32 traitements nouveaux, 6 méthodes ou techniques thérapeutiques, 7 médications nouvelles avec leurs différents emplois.

Parmi les faits pouvant intéresser plus particulièrement les neuro-psychiatres, il faut citer le traitement de l'asthénie par l'hormone mâle, le trai-

tement du délire alcoolique aigu par l'insulinothérapie, le traitement des syndromes parkinsoniens post-encéphalitiques par la belladone, divers procédés thérapeutiques de l'énurésie (ondes courtes, opération de Marion, folliculine), le traitement du hoquet incoercible par la cocaïnisation du phrénique, le traitement de la maladie de Ménière par la pilocarpine, le traitement de la morphinomanie par le bromhydrate de scopolamine, le traitement par la prostigmine de paralysies de causes diverses, le traitement de la paralysie générale par la thyroxine, le traitement de la poliomyélite antérieure aiguë par le chlorate de potasse, le traitement du prurit vulvaire par les injections d'alcool, l'ionisation à l'histamine et à l'acétylcholine dans les névralgies et les myalgies, les acquisitions récentes de la thérapeutique par les vitamines.

Ce volume se termine par une table alphabétique des matières contenues dans les volumes des années 1931 à 1937. La continuité de ce travail, qui depuis plusieurs années paraît régulièrement à la même date, permet à tout praticien de trouver la méthode thérapeutique qu'il cherche et de se reporter au volume de l'année où cette thérapeutique est décrite et appréciée. C'est dire le grand intérêt de cette publication, indispensable à tout praticien désireux de se tenir au courant des acquisitions de la thérapeutique moderne.

R. C.

JOURNAUX ET REVUES

NEURO-PSYCHIATRIE

Psychiatrie et neurologie de guerre et de révolution. Leurs problèmes et leurs solutions (La Psiquiatría y Neurología de guerra et de la revolución. Sus problemas y soluciones), par Gonzalo R. LAFORA. *Revista de Sanidad de Guerra*, n° 4, p. 121-128, août 1937.

Le problème des névroses relie la psychiatrie à la neurologie de guerre civile. Pour le reste les questions et les solutions sont sans rapport. Les statistiques d'affections mentales varient avec les conditions de la guerre. Pendant la campagne balkanique de 1913 par exemple le défaut d'organisation, la faible proportion des sujets atteints parmi une population fruste et agricole ont abaissé le taux des psychopathes, tandis que le début de la guerre civile espagnole a vu se développer avec excès le nombre des psychoses réactives et endogènes, chez la femme comme chez l'homme. L'élimination des épileptiques convulsifs est une besogne d'urgence. Les cas d'affections neurologiques centrales et périphériques forment la matière d'une ample expérience clinique et thérapeutique. L'organisation des services compétents dans les grands centres est un problème capital lié à la récupération des effectifs.

P. CARRETTE.

Les algies sympathiques, par J. TINEL. *Archives internationales de Neurologie*. 57^e année, nos 6-7-8, août, septembre et octobre 1938.

Le système sympathique est un système moteur et pourtant quel autre qualificatif donner à ces algies qui sont liées aux troubles de la vaso-motricité ? Ces algies sont sourdes, diffuses, continues, accompagnées de battements et génératrices d'angoisse, exaspérées par des états physiologiques généraux : émotion, digestion. Elles se compliquent assez fréquemment de syndromes trophiques et circulatoires. M. Tinel distingue les variétés suivantes : les causalgies, les formes trophiques — syndrome de Leriche — avec leurs scléroses artérielles et leurs décalcifications, les formes névralgiques, les algies extensives et irradiées, les algies vasculaires, veineuses et artérielles, les algies vaso-motrices, hyperémiques (acromélagie, érythromélagie, aeroparesthésie) et ischémiques. Il semble que l'on doive également admettre l'existence de formes d'origine centrale. On a observé de véritables algies épidémiques qui font penser à des formes atténuées d'encéphalite. Toutes les expériences thérapeutiques, toutes les observations cliniques, prouvent surabondamment que les syndromes algiques sympathiques ne sont dus ni à des altérations du système nerveux de relation, ni à des lésions des voies sympathiques périphériques. La seule hypothèse valable est celle qui admet l'existence d'une sensibilité spéciale liée aux fonctions sympathiques, révélée dans les états pathologiques et chargée normalement de la régulation vaso-motrice. Cette voie sensitive emprunte partiellement le trajet des gros troncs nerveux, mais s'en sépare pour rejoindre les plexus vasculaires et les ganglions sympathiques, comme cela a été démontré par des interventions sur la gaine de la sous-clavière et le ganglion étoilé par exemple. Devant l'échec de la thérapeutique antispasmodique (de l'acétylcholine en particulier), les interventions chirurgicales sur les gaines périartérielles préconisées par Leriche (anesthésie ou section) constituent le traitement de choix d'affections extrêmement pénibles et rebelles.

P. CARRETTE.

Hydrocéphalie considérable parfaitement tolérée pendant 30 ans. Décompensation et évolution fatale en quelques mois, par J.-A. CHAVANY (*La Presse médicale*, 29 Juillet 1939).

Cas intéressant d'un hydrocéphale qui put, malgré une hydrocéphalie considérable et probablement post-méningitique, mener jusqu'à 30 ans une vie presque normale, et qui après un fléchissement de son état général (adénopathie cervicale volumineuse et radiothérapie) présenta des symptômes de décompensation ventriculaire et d'asystolie cérébrale avec hypertension liquidienne.

M. Chavany rappelle les troubles neuropsychiques habituels de l'hydrocéphalie : ralentissement psychique allant de l'obnubilation à la torpeur et même à la stupeur, confusion, onirisme, troubles de l'humeur (dépression ou excitation), irritabilité, troubles de l'intelligence avec conservation de l'auto-critique, variabilité des symptômes, céphalées, crises d'épilepsie, signes pyramidaux, symptômes cérébelleux, atrophie optique, tous signes traduisant la souffrance cérébrale.

La rachicentèse et les injections intraveineuses de sulfate de magnésie concentré donnèrent un résultat presque inespéré mais provisoire. Dans certains cas, on pourrait aussi tenter les ponctions ventriculaires répétées.

Si l'on veut intervenir chirurgicalement, on peut, dans les formes communicantes, pratiquer l'ablation des plexus choroïdes. Les formes non communicantes pourront être traitées par l'ouverture du plancher du III^e ventricule. Mais ce n'est pas dans l'hydrocéphalie, ajoute M. Chavany, que la neuro-chirurgie compte ses plus beaux résultats.

René CHARPENTIER.

L'étiologie des vertiges, par Robert Ponso (*Le Monde Médical*, 1^{er}-15 août 1939).

Le vertige est l'expression de la souffrance de l'appareil sensoriel vestibulaire, soit par une atteinte directe du labyrinthe, soit par suite de son atteinte directe par l'intermédiaire des voies lui apportant l'afflux vasculaire ou le courant nerveux. D'où à côté des vertiges d'origine auriculaire, des vertiges d'origine circulatoire, nerveuse, toxique ou infectieuse, digestive. Par les épreuves dites vestibulaires, on peut savoir si le vertige est d'origine périphérique ou centrale.

Le seul traitement efficace étant celui de la cause du vertige, ne jamais perdre de vue les grands jalons étiologiques : affections de l'oreille, hypertension artérielle avec artério-sclérose ; dysfonctions digestives. Chez un adulte jeune chercher toujours la syphilis qui peut créer la labyrinthite (vertige de Ménière), la méningo-névrite du vestibulaire, l'artérite.

René CHARPENTIER.

L'hérédité dans l'épilepsie. Problème bio-social, par J.-A. CHAVANY, *Le Monde médical*, n° 932, p. 104-112, 15 février 1939.

Le problème des origines de l'épilepsie dite essentielle tend à se simplifier si on recherche systématiquement l'accident obstétrical et les infections de la première enfance. Si les éléments étiologiques manquent, les facteurs héréditaires fourniront au premier chef : l'alcoolisme, puis l'hérédo-syphilis. Enfin l'épilepsie se transmet elle-même, mais sa généalogie est courte. Pour M. Chavany, ce qui est surtout transmissible c'est la fragilité du système nerveux à la suite de générateurs atteints d'épilepsie ou d'affections neurologiques. Et l'on voit chez les collatéraux des localisations méningées ou névraïques fréquentes à la suite des maladies infectieuses et épidémiques.

P. CARRETTE.

Le test du cardiazol dans le diagnostic de l'épilepsie (*La prueba del Cardiazol en el diagnóstico de la epilepsia*), par J.-O. TREILLES et H. MORANTE FERRÉS, *Revista de Neuro-psiquiatria*. T. 1, n° 3, p. 354-372, Lima, septembre 1938.

L'épileptique présente une hyper-sensibilité au cardiazol qui peut être utilisée comme moyen de diagnostic différentiel. Une injection de 2 à 3 cc. à

10 % déclanche chez l'épileptique à jeun un accès convulsif, alors que cette dose est nettement insuffisante chez des sujets du même sexe et de poids à peu près égal.

P. CARRETTE.

Les aspects neuro-psychiatriques de l'intoxication bromurée (*The Neuro-psychiatric aspects of Bromide Intoxication*), par Henry TOD et Harry STALKER. *Edinburgh Medical Journal*. T. XLV, p. 561-575, 1938.

L'intoxication bromurée est fréquente. Le bromure est un médicament qui s'absorbe facilement et que les malades atteints d'insomnie emploient pour éviter les barbituriques. Les auteurs notent qu'ils n'ont guère observé d'érythèmes. Les signes digestifs et urinaires avec somnolence diurne et agitation nocturne sont par contre fréquents. Les bromures sont utilisés par l'organisme au même titre que les chlorures. La privation de sel facilitera donc la fixation du médicament. Son accumulation provoquera surtout une perturbation sérieuse des fonctions rénales. La plupart des intoxiqués présentaient une augmentation de l'azotémie et même de l'hypertension. Le principe thérapeutique de base à appliquer c'est la substitution chlorurée. Dans un cas de delirium on a pratiqué avec succès le drainage répété du suc gastrique. Parmi les calmants le seul qui soit recommandé est la paralaldéhyde.

P. CARRETTE.

Etude de 50 cas de psychoses dues aux bromures (*A Study of Fifty Cases of Bromide Psychosis*), par Frank J. CURRAN. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. T. LXXXVIII, n° 2, p. 163-192, août 1938.

Le brome remplaçant le chlore dans le sang, l'intoxication commence lorsque 25 % du total des halogènes sont substitués ; avec 40 % de brome le cas est considéré comme fatal. Il faut cependant tenir compte de l'accoutumance. Elle est habituelle chez l'épileptique traité. Les symptômes de l'intoxication bromurée sont : la torpeur mentale, l'embarras de la parole, la titubation, le tremblement, l'aené et l'état saburral digestif. Les formes aiguës graves, du delirium au Korsakoff, sont signalées, superposables ou associées au syndrome de l'alcoolisme aigu. L'administration de chlorure de sodium peut être effectuée par voie veineuse dans les cas urgents.

P. CARRETTE.

Encéphalite de la scarlatine. Ophtalmoplégie transitoire, par Ch. SARROUY. *Le Progrès médical*, n° 46, p. 1519-1520, 12 novembre 1938.

L'auteur n'attribue pas nécessairement la paralysie de la 6^e paire crânienne à l'action d'un virus neurotrope scarlatineux. Des associations morbides s'observent chez l'enfant au déclin des maladies infectieuses, lesquelles entraînent souvent un fléchissement des moyens de protection du système nerveux, d'où l'éclosion d'affections jusqu'alors latentes.

P. CARRETTE.

L'encéphalite boutonneuse, par Robert POINSO (*La Presse Médicale*, 26 juillet 1939).

Maladie infectieuse, mais non contagieuse, la fièvre boutonneuse ou fièvre exanthématique du littoral méditerranéen est caractérisée par une température élevée et une éruption de type exanthématique. Elle évolue en 15 ou 20 jours et son pronostic est en général très bénin. Exceptionnellement, elle peut se compliquer de manifestations nerveuses, avec une réaction méningée clinique sans modifications du liquide céphalo-rachidien avec asthénie profonde pendant la convalescence. L'« encéphalite boutonneuse » évolue rapidement vers la guérison complète ou à peu près complète. Ses symptômes sont d'ordre surtout extra-pyramidal et plus particulièrement strié, mais aussi d'ordre pyramidal (hémiplegies). Il s'agit, semble-t-il, d'une encéphalite congestive, toxo-infectieuse, très voisine de celles des maladies éruptives ou de la coqueluche, mais plus discrète.

René CHARPENTIER.

Perversion des instincts et du caractère, conséquence d'une encéphalite épidémique dans l'enfance. Homicide (Perversao de instintos e do caráter, consequente a encefalite epidêmica na infância. Homicídio), par Anibal SILVEIRA et Luiz PINTO de TOLEDO. *Arquivos do Serviço de Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo*. 3^e année, nos 1-2, p. 31-52, 1^{er} et 2^e trimestres 1938.

Un sujet, arrêté pour meurtre avec allégation d'amausie, et ayant présenté à l'occasion de l'épreuve de l'hyperpnée des convulsions précédées d'un état crépusculaire, est considéré comme épileptique. Or la reprise de l'épreuve et le test du cardiazol à haute dose infirment le mal comitial. La réalité des troubles névropathiques est complétée par la constatation de séquelles d'encéphalite que vérifie l'anamnèse. La preuve est établie dans ce cas qu'une encéphalite épidémique de l'enfance a engendré des perversions instinctives et des troubles du caractère, tandis que la pneumo-encéphalographie révèle des troubles physiologiques des régions de la base du cerveau. C'est une contribution intéressante au problème des troubles psychiques dans les altérations des noyaux infundibulaires et hypothalamiques.

P. CARRETTE.

Méningo-encéphalite toxique par inhalation des carbures (Meningo-Encefalitis Tóxica por gas carburo), par Samuel RAMIREZ MORENO et Carlos PAVON A. *Revista mexicana de Psiquiatria, Neurologia y Medicina legal*. T. 5, n° 27, p. 23-30, septembre 1938.

Le travail du soudeur offre un danger constant pour les voies respiratoires. Si la ventilation n'est pas suffisante les vapeurs respirées peuvent provoquer une intoxication rapide comme dans le cas présent. Il s'agit de la manipulation de chrome, de phosphore et de bronze. L'élévation thermique dégage des carbures dont la décomposition fournit de l'oxyde de carbone et de l'éthane. Le passage des toxiques dans le sang altère les vaisseaux et les auteurs mettent la méningo-encéphalite observée au compte de ces altérations. On note un état de confusion mentale avec troubles parétiques et réaction méningée. Le pronostic immédiat est favorable, mais les séquelles ne sont pas négligeables et le malade doit abandonner sa profession.

P. CARRETTE.

Les troubles des fonctions somatiques dans la catatonie à évolution périodique et leur compensation (Disturbances of Somatic Functions in Catatonia with a Periodic Course and Their Compensation, par R. GJESSING. Meeting annuel de la *Royal Medico-psychological Association*, Ilkley, 8 juillet 1938, in *The Journal of Mental Science*. T. LXXXIV, n° 352, p. 608-621, septembre 1938.

Ces formes de catatonie intermittente, agitée ou stuporeuse, ont été classées finalement par Krapelin dans la démence précoce. M. Gjessing en a entrepris l'étude physiopathique en s'attaquant d'abord à la stérilisation des foyers septiques généralement observés à l'origine. L'auteur note l'hyperglycémie, l'électrocardiogramme du type anoxémique ou myxoedémateux, les variations de l'angle d'impédance et un trouble de la balance azotée avec des crises de rétention qui se présentent suivant deux types par rapport à l'évolution de l'accès catatonique. En tenant compte de l'état de la réserve azotée on administre la thyroxine ou les produits iodés. L'expérience des variétés cliniques et physiopathiques permet de conduire le traitement avec logique afin de prévenir les accès.

P. CARRETTE.

Neoplasme intracranien et neurosyphilis. Diagnostic différentiel (Neoplasma intracraniano e neurosifilis. Diagnóstico diferencial), par Paulo PINTO PUPO. *Arquivos do serviço de Assistência e Psicopatas do Estado de São Paulo*. 3^e année, nos 1-2, p. 93-119, 1^{er} et 2^e trimestres 1938.

En présence d'une syphilis nerveuse confirmée biologiquement avec localisations neurologiques on pense généralement aux formes de paralysie de Lissauer. Le cas observé par M. Pinto Pupo est assez particulier. Les troubles mentaux relèvent de l'état confusionnel et du délire polymorphe. L'index d'Ayala écartait le diagnostic de tumeur, tandis que la radio et l'iodoventriculographie montraient des lésions du rocher et une néoformation. L'examen anatomique a prouvé qu'il ne s'agissait pas d'une gomme mais d'un neurinome de l'acoustique, tandis que les lésions de méningo-encéphalite typiques envahissaient les zones classiquement intéressées dans la paralysie générale. On observait également une névrite optique et une épendymite granuleuse des cavités ventriculaires.

P. CARRETTE.

À propos des lésions pulmonaires consécutives aux traumatismes crâniens, par P. DERVILLÉE. *Le Progrès médical*, n° 3, p. 85-92, 21 janvier 1939.

L'interdépendance du cerveau et du poumon est établie par de nombreux faits cliniques et expérimentaux. L'œdème aigu pulmonaire précoce chez les traumatisés du crâne paraît être sous la dépendance d'un déséquilibre vagal favorisé par des libérations toxiques. La congestion passive secondaire est en outre liée à des phénomènes infectieux. L'impossibilité de reproduire exactement chez l'animal l'œdème aigu observé en clinique prouve qu'il persiste des inconnues dans le problème pathogénique. M. Dervillée fait intervenir l'hypertension artérielle antérieure à l'accident, ou secondaire au trauma. L'existence de faits cliniques nombreux est à retenir. Le clinicien doit exercer une surveillance attentive de l'appareil pulmonaire et du système végétatif thoracique chez les traumatisés du crâne.

P. CARRETTE.

Le psychisme de l'hypothalamus, par Nathalie ZAND. *Revue neurologique*. T. LXXI, n° 1, p. 38-41, janvier 1939.

Les expériences de l'auteur confirment celles de Cannon et Bard ainsi que les conclusions de Rauson qui font jouer à l'hypothalamus un rôle capital dans l'expression émotive. Les lésions de cet organe modifient le comportement psychomoteur. L'encéphalite épidémique est venue appuyer les faits expérimentaux. Certains sujets sont figés mentalement comme est figé le masque du parkinsonien.

P. CARRETTE.

L'asymbolie tactile, par J. DELAY. *Journal de Psychologie*. XXXV^e année, n° 5-8, p. 446-456, juillet-décembre 1938.

On emploie communément le terme d'astéréognosie pour désigner le trouble de la reconnaissance tactile des objets. En réalité cette perturbation peut être liée à des mécanismes variés et l'asymbolie tactile est une variété de ce trouble, assez rare pour mériter l'analyse. Le cas de M. Delay indique, non un défaut de synthèse, mais une impossibilité de reconnaissance immédiate, une agnosie sémantique qui force le sujet, à propos de chaque test imposé, à des opérations mentales de recherches. Or ce trouble est ici unilatéral et croisé. Dans la pathologie du symbolisme on pressent l'existence de centres gnosiques, le rôle important du corps calleux et la prédominance fonctionnelle de l'hémisphère gauche.

P. CARRETTE.

Un problème séméiologique : apraxie et agraphie (Un problema semiológico : apraxia y agafia), par Marcos VICTORIA. *Revista neurológica de Buenos Aires*. T. 3, n° 2, p. 93-100, septembre-octobre 1938.

L'agraphie est l'expression d'un trouble de l'expression qui ne répond pas à une origine et à un mécanisme unique et fixe. Elle peut être motrice ou sensorielle et les lésions cérébrales multiples ont permis d'en différencier les types. Aussi ne doit-on ni l'identifier à une forme d'apraxie, ni l'inclure obligatoirement dans l'aphasie. M. Victoria distingue les agraphies suivantes : 1° calleuse, 2° constructive, 3° secondaire à l'apraxie latérale ou double, 4° par aphasie sensorielle ou motrice, 5° par altérations des composants optiques. Les 3 premières seulement sont des formes nécessairement apraxiques.

P. CARRETTE.

Le vaginisme mental, par André BINET. *Gazette médicale de France et des pays de langue française*. T. XXXXVI, n° 5, p. 261-264, 1^{er} mars 1939.

Le vaginisme mental est théoriquement celui qui n'est pas directement provoqué par une lésion des appareils génitaux externes. Il faut dire théoriquement parce que le vaginisme peut s'installer après une lésion minime, non décelée chez une névropathe. Mises à part les explications des psychanalystes qui font jouer le complexe d'infériorité, l'idée de revanche et de refus de soumission, les conceptions pathogéniques se ramènent à la notion du réflexe de défense devant la douleur. L'illogisme pusillanime de la maladie relève du même mécanisme que les autres réactions touchant le

domaine de la sensibilité organique. Le traitement doit s'inspirer de ces conceptions. La psychothérapie sera très large, très générale. Les interventions sanglantes muqueuses et nerveuses ont des applications justifiées. Quant à la dilatation lente, progressive et méthodique, vulvaire et même anale, on conçoit qu'elle ne saurait constituer un procédé thérapeutique véritable. Le moins qu'on puisse dire avec M. Binet, c'est que ses résultats sont inconstants et la récurrence habituelle.

P. CARRETTE.

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

L'hygiène mentale professionnelle, par Alexandru ROSCA (*Revista de Psihiologie*, Juillet-Septembre 1939, Cluj).

Le but de l'hygiène mentale professionnelle est d'écarter les causes d'inadaptation, de préparer le succès professionnel indispensable à l'individu, non seulement pour son existence économique mais pour sa vie sociale et morale. L'inadaptation professionnelle diminue le rendement, facilite l'instabilité et les accidents, rend l'individu nerveux, etc. Pour s'y opposer, la sélection et l'orientation professionnelle, l'hygiène physique et mentale de l'apprenti et de l'ouvrier, l'action des chefs d'entreprise, leur sympathie et leur esprit de justice, doivent être recommandés. Un taux de salaire insuffisant et l'incertitude du lendemain sont également des conditions mauvaises, mais bien des questions de cet ordre, qui dépendent de conditions économiques, sociales, etc., dépassent les possibilités de l'hygiène mentale.

R. C.

MÉDECINE LÉGALE

La débilité mentale comme cause de délinquance infantile et juvénile, par FI. STEFANESCU-GOANGA (*Revista de Psihiologie*, Juillet-Septembre 1939).

Sont considérés ici comme débiles mentaux les sujets dont le niveau mental à la maturité ne dépasse pas 10 ans mentaux et dont le coefficient d'intelligence est au-dessous de 70. Ont été examinés 309 délinquants (273 garçons et 36 filles) des instituts d'éducation coercitive de Roumanie, internés pour les délits les plus variés, allant de la mauvaise conduite à l'homicide.

Examinés à l'aide de tests collectifs qui donnent dans la population générale une proportion de 2,77 de débiles mentaux, ces délinquants en ont fourni 31,13 pour les garçons et 38,88 pour les filles. Parmi les récidivistes, on note 50 % de débiles. Parmi les délits, les condamnés pour homicide ont donné 47,16 %, les condamnés pour vol 84,40 % et les sujets internés pour inconduite 22,50 %.

L'auteur recommande la lutte contre la débilité mentale, héréditaire dans la majorité des cas, par des mesures eugéniques, et la lutte contre la délinquance par l'éducation et l'instruction des débiles dans des établissements spéciaux où ils seront dirigés et préparés pour une activité utile.

C'est l'âge mental et non l'âge chronologique qui doit être considéré pour établir la responsabilité du sujet.

R. C.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances

L'Assemblée générale statutaire et la séance ordinaire du mois de DÉCEMBRE de la Société Médico-psychologique auront lieu le *lundi 18 décembre 1939*, à 4 heures très précises, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

La séance supplémentaire du mois de JANVIER de la Société Médico-psychologique, séance réservée à des démonstrations anatomo-pathologiques et, éventuellement, à des démonstrations cliniques, aura lieu le *jeudi 18 janvier 1940*, à 9 heures 30, à l'Hôpital Henri-Rousselle (Amphithéâtre Magnan), 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement).

La séance ordinaire du mois de JANVIER de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 22 janvier 1940*, à 4 heures très précises, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

La séance ordinaire du mois de FÉVRIER de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 26 février 1940*, à 4 heures très précises, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

Nécrologie

M. le D^r Henri CODET, ancien Chef de Clinique à la Faculté de Médecine de Paris, Médecin des Hôpitaux psychiatriques, *membre titulaire de la Société Médico-psychologique* ;

M. le D^r Viggo CHRISTIANSEN, professeur de Clinique neurologique à la Faculté de Médecine de l'Université de Copenhague, *membre de l'Académie de Médecine, membre associé étranger de la Société Médico-psychologique*.

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

La prophylaxie des maladies vénériennes. Mesures édictées par Décret-loi

Le *Journal Officiel* du 7 décembre 1939 a publié (pages 13.748 et 13.749) un décret relatif à la prophylaxie des maladies vénériennes, dont voici le texte *in extenso* :

ARTICLE PREMIER. — Tout médecin donnant des soins à une personne de l'un ou de l'autre sexe atteinte d'accidents vénériens contagieux ou susceptibles de le redevenir, doit remettre au malade, avec son ordonnance, un avertissement attirant son attention sur le caractère contagieux de la maladie et sur les dispositions du présent décret.

ART. 2. — Tout médecin, s'il constate qu'un malade de l'un ou de l'autre sexe, atteint d'accidents vénériens contagieux, expose un ou plusieurs individus à la communication de la maladie dont il est atteint, est autorisé à prévenir l'autorité sanitaire de l'imprudence nocive commise par ce malade.

Le médecin usant de cette faculté ne peut en aucune manière être mis en cause par l'autorité sanitaire ou contraint de déposer en justice sur le fait de la maladie.

ART. 3. — L'article 378 (alinéa premier) du code pénal est modifié ainsi qu'il suit :

Art. 378. — Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens, les sages-femmes et toutes autres personnes dépositaires, par état ou profession, des secrets qu'on leur confie, qui, hors le cas où la loi les oblige ou les autorise à se porter dénonciateurs, auront révélé ces secrets, seront punis d'un emprisonnement d'un mois à six mois et d'une amende de 100 francs à 500 francs.

ART. 4. — L'autorité sanitaire peut enjoindre à toute personne de l'un ou de l'autre sexe de présenter un certificat qu'elle est ou non atteinte d'accidents vénériens contagieux ou susceptibles de le redevenir. Toutefois, l'autorité sanitaire n'a le droit d'adresser cette injonction qu'aux personnes qu'elle peut, en raison de présomptions graves, précises et concordantes, considérer comme atteintes d'une maladie vénérienne et propageant celle-ci.

Le règlement d'administration publique prévu à l'article 23 déterminera les mesures à prendre pour assurer le secret des communications de l'autorité sanitaire contenant l'injonction ci-dessus prévue.

ART. 5. — Le certificat à présenter à l'autorité sanitaire devra être délivré par le médecin choisi par l'intéressé sur une liste de médecins agréés par ladite autorité, ou par l'un des services établis en conformité du décret du 30 octobre 1935 et désignés par la même autorité. Dans ce second cas, la délivrance du certificat sera gratuite.

L'envoi du certificat bénéficiera de la franchise postale.

ART. 6. — Sur la demande de l'autorité sanitaire, les personnes auxquelles cette autorité est en droit de réclamer la production du certificat prévu à l'article 4 pourront être tenues de présenter à des intervalles fixes de nouveaux certificats. En cas de déplacement, ces personnes devront faire connaître leur adresse aux inspecteurs départementaux d'hygiène de leur ancienne et de leur nouvelle résidence.

Toute personne qui n'aura pas présenté à l'autorité sanitaire, dans le délai imparti par celle-ci ou aux époques que celle-ci aura fixées, le certificat ci-dessus prévu, sera punie d'une amende de 11 à 15 francs.

La poursuite sera exercée à la requête de l'autorité sanitaire.

ART. 7. — Sera punie d'un emprisonnement de quinze jours à trois mois et d'une amende de 100 à 3,000 francs ou d'une de ces peines seulement :

1° Toute femme qui nourrit au sein un enfant autre que le sien, alors qu'elle se sait atteinte de la syphilis :

2° Toute personne qui, sciemment, laisse nourrir au sein un enfant syphilitique dont elle a la garde par une autre personne que sa mère, sans avoir préalablement fait avertir celle-ci par un médecin de la maladie dont l'enfant est atteint et des mesures de précaution à prendre ;

3° Toute personne qui, sciemment, donne un enfant syphilitique en nourrice sans aviser les nourriciers de la maladie dont l'enfant est atteint.

ART. 8. — Est punie d'une peine d'emprisonnement de huit jours à un mois et d'une amende de 50 à 1,000 francs ou d'une de ces peines seulement :

1° Toute nourrice qui nourrit un enfant autre que le sien sans être en possession d'un certificat médical délivré immédiatement avant le commencement de l'allaitement et attestant qu'elle n'est pas atteinte de syphilis ;

2° Toute personne qui confie un enfant dont elle a la garde à une nourrice sans s'être assurée que la nourrice est en possession dudit certificat ;

3° Toute personne qui, en dehors des cas de force majeure, laisse nourrir par une autre personne que la mère l'enfant dont elle a la garde, sans s'être assurée, au préalable, par un certificat médical, qu'il n'existe aucun danger pour la nourrice.

ART. 9. — Le tribunal saisi d'une poursuite par application de l'article 6 du présent décret ou d'une poursuite intentée par application de l'article 334 du code pénal contre une personne de l'un ou de l'autre sexe se livrant à la prostitution peut ordonner, soit une décision avant faire droit, qui doit intervenir d'extrême urgence si la demande est faite par l'autorité sanitaire, soit en statuant au fond que la personne poursuivie sera soumise à un examen médical clinique qui aura lieu dans un établissement désigné par l'autorité préfectorale. Elle ne pourra, toutefois, être retenue dans cet établissement pendant un temps excédant douze heures.

ART. 10. — Toute personne de l'un ou de l'autre sexe qui sera reconnue atteinte d'une maladie vénérienne à la suite de l'examen médical prévu à l'article 9 sera citée, à la requête de l'autorité sanitaire, à comparaître dans les vingt-quatre heures, devant le tribunal civil siégeant en chambre du conseil.

Si le malade régulièrement convoqué ne comparait pas au jour fixé, il sera statué par défaut.

Le tribunal, après avoir prononcé le huis-clos, après avoir entendu le représentant de l'autorité sanitaire, le malade et, le cas échéant, son conseil, ordonnera que le malade devra suivre un traitement, soit dans un service agréé par l'autorité sanitaire, soit chez un médecin choisi par le malade.

Le tribunal pourra ordonner en outre que le malade, s'il ne se soumet pas dans le délai qui lui sera imparti à un traitement approprié, sera tenu de se rendre dans un établissement public hospitalier ou dans un établissement agréé par l'autorité sanitaire, si le malade justifie que cet établissement consent à le recevoir pour y recevoir les soins nécessaires.

Le médecin traitant sera seul juge de la durée du séjour et du traitement.

ART. 11. — A la demande de l'autorité sanitaire, le tribunal pourra ordonner que le malade traité dans les conditions définies à l'article 10 devra se présenter après sa sortie de l'établissement où il a été traité, à des intervalles périodiques qui lui seront fixés dans un service agréé par l'autorité sanitaire pour y être soumis aux examens de contrôle nécessaires microbiologiques et sérologiques et, s'il y a lieu, à un nouveau traitement.

ART. 12. — Le malade qui refuse ou néglige de se soumettre à l'examen médical prévu à l'article 9, ou au traitement, ou à l'hospitalisation prévue par l'article 10, alinéa 4, ou qui quitte l'établissement où il est en traitement en exécution d'une décision de justice avant d'avoir obtenu l'autorisation régulière de sortie, sera puni d'emprisonnement de six jours à trois mois.

ART. 13. — Seront punis des peines prévues aux articles 479 et 480 du code pénal, sauf application, s'il y a lieu, de peines plus fortes prévues par les lois en vigueur, ceux qui, par des gestes ou paroles ou par tous autres moyens, procéderaient publiquement ou tenteraient publiquement de procéder au racolage de personnes de l'un ou de l'autre sexe en vue de les provoquer à la débauche.

ART. 14. — Les dispositions de l'article 482 du code pénal seront applicables à toute personne déjà condamnée par application de l'article précédent qui, dans les douze mois à compter du jour où cette condamnation est devenue définitive, se sera rendue coupable d'une nouvelle infraction aux dispositions dudit paragraphe.

ART. 15. — La publication des comptes rendus des débats et des décisions de justice intervenus dans les poursuites pénales exercées par application du présent décret ou dans les instances en dommages-intérêts introduites en raison de faits dommageables pouvant être réprimés pénalement par application du présent décret, est interdite sous peine d'une amende de 1.000 à 5.000 francs.

Toutefois, la disposition qui précède n'est pas applicable aux extraits de telles décisions publiés dans les journaux et périodiques spécialement destinés à recueillir la jurisprudence des tribunaux ou publiés sous une forme quelconque par les soins de l'autorité sanitaire, à la condition que lesdits extraits ne contiennent aucune mention de nature à révéler l'identité des parties en cause.

ART. 16. — Des règlements d'administration publique pris, tant pour l'application du présent décret que pour l'application des lois d'assistance et de solidarité sociale et de la législation sur les assurances sociales, détermineront à quelles obligations seront soumises les femmes enceintes et les mères bénéficiant desdites dispositions législatives, en ce qui concerne les examens se rattachant à la prophylaxie des maladies vénériennes, ainsi que les sanctions encourues par les bénéficiaires desdites lois en cas d'inexécution de ces obligations.

ART. 17. — L'examen et le traitement prévus aux articles 9 et suivants ci-dessus sont obligatoires pour les détenus condamnés de l'un ou de l'autre sexe, lorsque l'autorité sanitaire et l'administration pénitentiaire les considèrent, en raison de présomptions graves, précises et concordantes, comme atteints de maladie vénérienne.

ART. 18. — Nul ne sera inscrit pour le cinquième examen de doctorat en médecine s'il ne présente un certificat de stage dans un service spécial consa-

éré aux maladies vénériennes, désigné par la Faculté de médecine et un certificat attestant qu'il a subi avec succès un examen de validation de ce stage devant le chef de service.

ART. 19. — Des règlements d'administration publique détermineront les obligations imposées aux exploitants de restaurants, débits de boissons et autres établissements où il est servi au public à manger ou à boire, en ce qui concerne le nettoyage après usage des ustensiles utilisés par lesdits établissements, ainsi que les obligations imposées aux coiffeurs, manueurs, pédicures, masseurs et tous autres professionnels donnant des soins personnels, en ce qui concerne le nettoyage des objets utilisés soit dans le lieu où ils exercent leur profession, soit chez leurs clients.

Ces mêmes règlements détermineront les pénalités encourues au cas d'infraction à leurs dispositions.

ART. 20. — Les médicaments spécifiques vendus au public ou utilisés par les services publics pour le traitement des vénériens ne pourront être vendus au public ou utilisés par les services publics que s'ils sont identiques à ceux qui auront été agréés par le ministère de la santé publique sur présentation par l'Académie de médecine et après avis des services compétents de contrôle.

Toute infraction à la disposition qui précède est punie des peines prévues par la loi du 1^{er} août 1905 contre ceux qui exposent, mettent en vente ou vendent des substances médicamenteuses falsifiées.

ART. 21. — Les seuls laboratoires autorisés à effectuer les examens sérologiques nécessaires pour le diagnostic de la syphilis sont ceux qui sont agréés par le ministre de la santé publique.

Toute infraction à la disposition qui précède sera punie d'une amende de 500 francs à 3.000 francs. En cas de récidive, le tribunal pourra ordonner la fermeture temporaire du laboratoire pendant une durée n'excédant pas un mois.

ART. 22. — Toute publicité de caractère commercial sous quelque forme que ce soit, concernant ouvertement ou d'une manière déguisée la prophylaxie des maladies vénériennes, est interdite sauf en faveur des établissements établis en conformité du décret du 30 octobre 1935 ainsi que dans les publications exclusivement réservées au corps médical.

ART. 23. — Les modalités d'application du présent décret seront fixées par un règlement d'administration publique qui déterminera notamment l'autorité qui exercera dans chaque département les attributions confiées à l'autorité sanitaire par le présent décret.

Prescription des toxiques

Dans son dernier bulletin, le Syndicat des médecins de la Seine donne les conseils suivants :

« Si le médecin prescrivant des toxiques est obligé d'insérer son nom et son adresse sur sa prescription, il n'est pas tenu d'y insérer le nom et l'adresse de son client.

« Or, il nous a été signalé qu'un certain nombre de pharmaciens refusent, pour cette raison, de délivrer les médicaments toxiques ainsi formulés.

« La loi oblige les pharmaciens à transcrire sur leur registre de vente le

nom et l'adresse du malade auquel des toxiques ont été délivrés, mais c'est à lui à se procurer ces renseignements, le médecin n'a pas à lui faire sa besogne ; il s'exposerait ainsi à tomber sous le coup de l'article 378 du code pénal, en particulier, en cas de perte d'une ordonnance portant ces indications. »

(*Le Siècle Médical*, 1^{er} janvier 1940).

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Prix décernés par l'Académie de Médecine en 1939

Parmi les prix décernés en 1939 par l'Académie de Médecine, les prix suivants ont été accordés à des auteurs de travaux intéressant la neuro-psychiatrie :

PRIX BARBIER

Six mémoires ont été présentés.

L'Académie partage le prix entre :

1° M. le D^r SÉZARY, de Paris, pour son ouvrage intitulé : *La syphilis du système nerveux* ;

2° MM. les D^{rs} PIÉRY et VIOLE, de Marseille, pour leur ouvrage ayant pour titre : *Les maladies méditerranéennes* ;

3° M. le D^r Roger STORA, de Paris, pour son travail intitulé : *Hormone folliculaire et psychoses*.

PRIX CATHERINE-HADOT

Quatre mémoires ont été soumis à l'Académie.

Le prix est partagé entre :

1° MM. les D^{rs} CROISIER et EDME-MARIN, de Saint-Étienne, et M. le D^r POLICARD, de Lyon, pour leur ouvrage intitulé : *La fibrose pulmonaire des mineurs* ;

2° MM. les D^{rs} MARGAROT et TERRACOL, de Montpellier, pour leur travail intitulé : *Tuberculose et tuberculides nasales* ;

3° M. le D^r MARCHAND, de Paris, pour son ouvrage intitulé : *Hérédité et épilepsie*.

PRIX CIVRIEUX

Un mémoire a été déposé.

L'Académie décerne le prix à M. le D^r Maurice LÉCONTE, de Paris, pour son ouvrage intitulé : *Conflits sociaux et psychoses*.

PRIX FALRET

Un mémoire a été présenté.

L'Académie attribue le prix à M. P. CHATAGNON, Mme Th. BROSE, M. P. SCHERRER et Mlle C. CHATAGNON, pour leur travail ayant pour titre : *Troubles psychiques des cardiaques*.

PRIX THÉODORE-HERPIN (de Genève)

Cinq mémoires ont été soumis à l'Académie.

Le prix est attribué à M. le D^r André BARBÉ, de Paris, pour son ouvrage intitulé : *Recherches sur l'embryologie du système nerveux central de l'homme*.

La Commission accorde, en outre, une mention honorable à M. le D^r Marcel ULLMANN, de Paris, pour son ouvrage intitulé : *Contribution à l'étude du ramollissement de la moelle épinière*.

PRIX LORQUET

Deux mémoires ont été soumis à l'Académie.

Le prix est attribué à M. le D^r Pierre TANRET, de Paris, pour son ouvrage intitulé : *Les lipides du liquide céphalo-rachidien*.

ROYAL SOCIETY OF MEDICINE OF LONDON

Malgré la guerre, la *Société Royale de Médecine de Londres* continue à tenir normalement toutes ses séances et tous ses services (bibliothèque, réunions, comptes rendus, etc.) fonctionnent normalement.

La section de psychiatrie se réunira le mardi 9 janvier 1940.

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Faculté de Médecine

M. le D^r Emile LEGRAND est nommé professeur de psychiatrie à la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal.

M. le D^r Antonio BARBEAU est nommé professeur de neurologie à la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal.

UNIVERSITÉ DE BUDAPEST

Nécrologie

M. le D^r K. SCHAFER, ancien professeur et directeur de la Clinique neurologique de l'Université de Budapest.

NÉCROLOGIE

Henri Codet (1889-1939)

Henri Codet vient de succomber brutalement, le 19 décembre dernier, dans un terrible accident d'automobile, dont furent aussi victimes le professeur agrégé René Gayet et Mine Hallion, tués à ses côtés.

Ancien interne des Hôpitaux de Paris et des Asiles de la Seine, médecin

des Asiles, ancien chef de clinique à la Faculté, Henri Codet s'était dirigé vers l'étude et le traitement des psychonévroses, auxquelles il a consacré une œuvre importante et bien personnelle.

Elève des Maîtres de la Salpêtrière et de Bicêtre, il aborde au début de sa vie médicale les réactions délirantes en fonction du caractère, de la personnalité de chaque malade. D'où ses présentations à la Société de psychiatrie, ses articles au *Progrès Médical*, sa thèse sur le collectionnisme (1921) demeurée classique.

Auprès du Professeur Claude, il se consacre à l'enseignement, qu'il épanouit en un bon *précis de Psychiatrie* (Doin, 1923) et dans ses articles psychiatriques si clairs de la *Nouvelle Pratique médico-chirurgicale*.

Avec Laforgue et Pichon, il figure parmi les premiers membres de la Société de psychanalyse et du groupe de l'Évolution psychiatrique, auquel il est demeuré toujours fidèle. Avec Laforgue, il étudie surtout les arrières affectives, la schizonoïa. Puis dans une série de beaux travaux sur l'intuition, l'émotivité, la pensée magique dans la vie quotidienne, l'hystérie envisagée comme mode de réaction psychique, il témoigne d'un souci constant de se tenir au contact de la réalité clinique, éclairée par les données freudiennes, dont il précise la valeur thérapeutique, sans abandonner ce que la psychothérapie traditionnelle avait de bien acquis.

Lorsque, le 23 octobre dernier, Henri Codet exposait à la *Société médico-psychologique* une si probe « Esquisse critique » de « l'œuvre de Freud », nous ne pouvions penser, en l'écoutant pour la dernière fois, qu'il nous apportait là, en quelque sorte, son testament scientifique, et que nous ne reverrions plus ce médecin si sympathique, qui joignait à la finesse de l'intelligence une conscience si droite et une si compréhensive bonté.

J. VIÉ.

Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.

Imprimé par Imp. A. COUESLANT (personnel intéressé)
à Cahors (France). — 59.402

SOMMAIRE DU N° 1 (tome II), JUIN 1939 .

MÉMOIRES ORIGINAUX

- G. DE MOISIER. — La schizophrénie traumatique 1
- A. SOULAIRAC et R. SUTTEL. — De l'antagonisme du bien et du mal dans quelques délires..... 13
- W. STRYIENSKI et J. DRETIER. — Recherches sur l'action du cardiazol..... 27

(Suite du sommaire, page II).

MAISON DE SANTÉ

:- D'IVRY-SUR-SEINE :-

23, Rue de la Mairie à IVRY

Téléphone : Gob. 01.67

MALADIES MENTALES & NERVEUSES

NOMBREUX PAVILLONS
DANS UN PARC DE 12 HECTARES

Médecin-Directeur : Docteur A. DELMAS

Ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin-adjoint : Docteur P. DELMAS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du jeudi 8 juin 1939

- L. MARCHAND et R. DUPOUY. — Polynévrite alcoolique avec maux perforants. Etat démentiel. Ictus. Syndrome pseudo-bulbaire. Hyperalbuminose rachidienne. 47
- J. FORTINEAU, R. VERCIER, Ch. DURAND et L. VIDART. — Idées de transformation sexuelle et travestissement chez deux délirants chroniques 51
- R. DUPOUY et Mlle S. BARRET. — Fugues à répétition post-émotionnelles, d'allure cyclothymique atypique 55
- J. DUBLINEAU et H. DUCHÊNE. — Cas complexe de confusion récidivante chez un hueur interné 59
- J. DUBLINEAU et H. DUCHÊNE. — Syndrome d'affaiblissement chez un buveur ancien syphilitique et paludéen 62
- L. FROMENTY. — L'encéphalographie dans la maladie de Pick 64

Séance du lundi 26 juin 1939

- Adoption du procès-verbal 72
- Correspondance 72
- Election d'un membre correspondant national 72
- Election d'un membre associé étranger 73
- P. SCHERRER et J. DEVALLET. — Un cas de psychose cardiaque : complication cérébrale d'un rétrécissement mitral grave 73
- J. DEVALLET et P. SCHERRER. — Un cas de psychose de dégoût conjugal avec réaction infanticide 80
- J. DUBLINEAU et H. DUCHÊNE. — Valeur pathogénique des troubles du caractère observés chez les buveurs 89
- J. DUBLINEAU et H. DUCHÊNE. — Sur les facteurs de curabilité dans certains troubles mentaux des buveurs 94
- J. DUBLINEAU et H. DUCHÊNE. — Sur certai-

(Suite du sommaire page IV).

CHATEAU

DIRECTEUR : D^r Gaston MAILLARD
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Médecin de Bicêtre et de la Salpêtrière
Médecin-adjoint : D^r Charles GRIMBERT

— MAISON DE SANTÉ MODERNE —
POUR DAMES ET JEUNES FILLES



DE

L'HAY-LES-ROSES

INSTALLATION
DE
PREMIER ORDRE
Notice sur demande
2, rue Dispan
L'HAY-
LES-ROSES
(SEINE)
TÉLÉPHONE : 5

AFFECTIIONS DU SYSTÈME NERVEUX
- CURES DE DÉSINTOXICATION -
- DE REPOS ET DE RÉGIMES -

CHATEAU DE SURESNES

Téléphone : SURESNES 2.88

Maison
de Santé
de Repos
de Régimes



FONDÉE PAR

M. le Dr MAGNAN

Membre de
l'Académie de Médecine



Le Château

La Maison de Santé du Château de Suresnes est située à la Porte de Paris (sortie du Bois de Boulogne), dans un grand parc.

Remise à neuf et embellie depuis la guerre, la maison reçoit, dans des parties distinctes (château et pavillons dispersés dans la verdure du parc), des convalescents, neurasthéniques, nerveux, intoxiqués ou psychopathes.

Château et pavillons réunissent toutes les conditions les meilleures d'hygiène et de bien-être (chauffage central, eau chaude, électricité, eau de source), etc.

Les personnes qui y séjournent peuvent y disposer à leur gré d'une chambre meublée avec luxe, d'un cabinet de toilette, d'un salon, d'une salle de bains, etc.

Les Médecins de la Maison de Santé et leurs familles prennent leurs repas avec les pensionnaires qui désirent fréquenter la salle à manger.

La Maison est largement ouverte à Messieurs les Médecins, qui peuvent ainsi continuer à suivre leurs malades.

HYDROTHÉRAPIE - ÉLECTROTHÉRAPIE

MÉDECINS DIRECTEURS :

Dr FILLASSIER O. ✱ ✱ Dr DURAND-SALADIN

NOTICE SUR DEMANDE

Communications : Tramway du Val d'Or à la Porte Maillot

nes associations morbides observées dans le passé des buveurs internes	97
P. TOMESCO, S. CONSTANTINESCO et J. CANTA-	

GUZÈNE — Sur la thérapeutique de la schizophrénie et d'autres psychoses par l'insuline et le cardiazol	105
--	-----

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

Séance du jeudi 1^{er} juin 1939

F. COSSA. — Crise de tachycardie paroxystique mortelle après intervention médullaire pour tumeur	112
THIÉBAUD et RAYNAUD. — Deux cas d'anévrisme artério-veineux intracrâniens traités par ligature de la carotide primitive	112
PAULIAN, TUDOR et CONSTANTINESCO. — L'électro-encéphalogramme dans un cas de mutisme et surdité hystérique	113
T. DE LEHORZTY. — Maladie de Paget crânienne avec symptômes neurologiques	113
L. VAN BOGAERT. — Angiomes caverneux du corps strié et malformations viscérales multiples	113

J.-A. BARRÉ et Th. KAMMERER. — Spasme labio-palato-laryngé	113
--	-----

Société de Neuro-psycho-pathologie infantile

Séance du lundi 22 mai 1939

VERMEYLEN. — Les troubles du caractère consécutifs à l'encéphalite épidémique	114
HEVALER. — Diagnostic des troubles psychiques déterminés par l'encéphalite épidémique à l'âge scolaire	115

Société de Médecine mentale de Belgique

Séance du 20 mai 1939

GORTEN. — Le régime cétogène	116
------------------------------------	-----

(Suite du sommaire, page VII.)



CHATEAU DE SAUMERY

CLINIQUE MÉDICALE DU CENTRE
HUISSIEU-sur-COSSON (Loir-et-Cher)
12 km de BLOIS — 4 km de CHAMBORD

TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES
MISE EN ŒUVRE DES THÉRAPEUTIQUES LES PLUS MODERNES
(Contrôle de laboratoire)

Magnifique demeure historique
dotée de tout le confort moderne dans un très beau parc de
38 HECTARES CLOS DE MURS

Docteur **Maurice OLIVIER**
Médecin en chef des Hôpitaux Psychiatriques
Téléphone 1, Huisseau-sur-Cosson



VILLA DES PAGES

LE VÉSINET (S.-et-O.)

40, Avenue Horace Vernet

TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES
ET DES MALADIES DE LA NUTRITION

REPOS, CONVALESCENCES, RÉGIMES

Cures de désintoxication

Psychothérapie, Rééducation, Physiothérapie



*12 chalets pourvus du confort moderne
disséminés dans un parc de 5 hectares.
Chambres ou appartements à plusieurs pièces*

La clinique est entièrement ouverte aux Médecins
qui peuvent ainsi conserver la direction de leurs malades

Médecins directeurs : Docteurs LEULIER, MIGNON, CASALIS

Médecin assistant : Docteur LECLERCQ

Téléphone : LE VESINET 12

Société belge de Neurologie

Seance du 20 mai 1939

MAGE. — Tetanie parathyroïdienne	117
MAGE. — Gliome du pont	117
ALLEMAERTS, ALLIENS et CLOUTENS. — Héréditaire ataxie cérébelleuse avec évolution myoclonique	117

L. VAN BOGAERT et MOREAU. — Une association exceptionnelle : combinaison d'une atrophie de type Charcot-Marie et de maladie de Friedreich chez plusieurs membres d'une même famille	118
H.-J. SCHERER. — Etude histologique des cellules pigmentées du locus niger chez le singe	118

ANALYSES

JOURNAUX ET REVUES

Histoire de la psychiatrie.

P. SÉRIEUX. — Le Parlement de Paris et la surveillance des maisons d'aliénés et de correctionnaires aux XVII ^e et XVIII ^e siècles	119
---	-----

Neuro-psychiatrie.

J. AIGUEL-LAVANTINE. — La sympathologie clinique	120
A. SAUMON. — Le rôle du système sympathique dans la physiopathologie de la douleur	121

H. ABOLIKER. — Les signes cliniques envisagés à la lumière du sympatho-diagnostic et de la sympathothérapie	122
G. BRONER. — Etude de la sensibilité viscérale et rôle du système nerveux végétatif dans la pathologie digestive douloureuse	122
H. FLORENDOY. — Organicité dynamique. (A propos d'un cas de coxalgie hystérique)	123
H. COCHET. — Un cas banal d'hystérie	123
P.-R. BAILL. — Les tics	121
Mme H. KOPP. — Le bégaiement	121
E. WITKOWSKI. — Etudes sur l'asthme. La personnalité allergique	121

(Suite du sommaire, page VIII).

CHATEAU DES COUDRAIES

Ancienne Institution d'Eaubonne (fondée en 1847)

Magnifique Parc de 5 hectares, adossé à la forêt de Sénart. Très belle vue sur la vallée de la Seine. Très grand confort. Eau courante, chaude et froide, dans toutes les chambres, électricité, chauffage central, installation hydrothérapique complète, Rayons U. V. Jardinage. Horticulture. Potagers de 20.000 m². Tennis.



PRIX DE PENSION A PARTIR DE 1000 FR. PAR MOIS

ÉTIOLLES (S.-&-O.)

ENFANTS ET JEUNES GENS ARRIÉRÉS

Education et Traitement
des déficients intellectuels
à tous les degrés

DIRECTEURS

Dr^s M. et J. de CHABERT
de 2 à 5 heures
sauf jeudis et dimanches
25 km. de PARIS
gare Evry-Petit-Bourg (P.-L.-M.)
Arrêt des autocars Citroën
27 - 28 - 29 : Dép. de Paris,
pl. Denfert-Rochereau
Tél. Corbeil 26

SAINT-REMY

CLINIQUE MÉDICALE

46, Boul. Carnot Tél. Régional 755 et 850

LE VÉSINET (S.-et-O.).



-- -- TRAITEMENT -- --
des affections du Système nerveux, des
intoxications et des maladies de la nutrition

Repos — Convalescences — Régimes
Electrothérapie — — Hydrothérapie

Dans banlieue agréable, paisible et saine.
Très belle installation modèle, 6 pavillons séparés
- - dans un parc fleuri de 2 hectares - -

Chambres gaies, meublées avec goût, très confortables, cabinets de toilette avec S. B. et W. C. privés. Galeries ensoleillées. Terrain et salons de jeux.
- Excellente cuisine bourgeoise et de régimes -

NI MALADES CONTAGIEUX OU BRUYANTS

-- -- MÉDECIN-DIRECTEUR -- --
-- D^r P. ALLAMAGNY --

avec la collaboration du D^r VIGNAUD,
ex-Directeur de la Maison de Santé de Vanves
-- -- et d'un médecin assistant -- --

E. TRAUGOTT-BERNSTEIN. — Le facteur émotionnel dans les maladies de la peau	125	S.-J. PROPPER. — Nature neuro-humorale de l'épilepsie	126
H. HARPER. — Mauvais goût, Cacogeusie....	125	BIRO. — Maladie de Little et épilepsie	129
P.-A. DRAPER. — Céphalée chronique	125	L. MINSKI et GUTTMANN. — Chorée de Huntington. Etude de trente-quatre familles	129
J.-A. CHAVANY et J. BRUNNES. — Syndromes céphalique et psychonévrotique avec calcifications de la faux du cerveau	125	J. DECOURT et G. TARDIEU. — Les tétanies neurogènes	129
J. GOLSK. — L'électro-encéphalographie clinique	126	Ch. DAVISON. — L'atrophie corticale circonscrite dans les psychoses préséniles. Maladie de Pick	130
BAUDOIN, H. FISCHGOLD et J. LERIQUE. — L'électro-encéphalogramme multiple de l'homme normal	126	A.-J. AKELAITIS. — Forme héréditaire d'atrophie parenchymateuse primaire du cortex cérébelleux associée à des troubles mentaux	130
Ph. PAGNIEZ, W. LIBERSON et A. PLICHET. — Contribution à l'étude électroencéphalographique des épileptiques	126	A. DONNADIEU. — Les formes mentales des méningites syphilitiques aiguës. Intérêt médico-légal	130
H.-H. JASPER et I.-C. NICHOLS. — Examens électriques des fonctions corticales dans l'épilepsie et les troubles associés	127	R. LIEGE. — Soleil et accidents cérébro-méningés chez les enfants	131
F.-A. GIBBS, E.-I. GIBBS et W.-G. LENNON. — Dysrythmies cérébrales de l'épilepsie. Moyens de contrôle	127	L. RIMBAUD et H. SERRE. — Le diagnostic des hémorragies méningées	131
E. GARFIAS. — Un cas d'épilepsie essentielle avec épilepsie partielle continue de Kojewnikow et estaplexie	127	RISER, J. PLANQUES et Paulette BARBIER. — L'hypertension crânienne chez les hypertendus artériels	132
P. HALBRON. — L'épilepsie cardiaque	128	K.-H. FUHRMANN. — Complications nerveuses de la parotidite épidémique. Méningite parotidique latente	132
Ph. PAGNIEZ et A. PLICHET. — Considérations sur l'épilepsie parasitaire	128	V. DESGUES. — Paralysie générale et malaria endémique	132

(Suite du sommaire, page X).

Ecole du Docteur Henriette Hoffer

ETABLISSEMENT PSYCHO-MÉDICO-PÉDAGOGIQUE
POUR ENFANTS INAPTES A SUIVRE LES CLASSES NORMALES

(ENFANTS RETARDÉS, DÉLICATS, SOURDS, PARLANT MAL)

Fondatrices : Dr H. HOFFER et Madame Anne-Marie BUSSEAU



« MONTCLAIR »

1, Grande Rue, BELLEVUE-MEUDON (Seine-&-Oise) - Téléph. : Observatoire 17-45

DIVONNE-LES-BAINS

OUVERT
TOUTE
L'ANNÉE

Altitude 519 m. (Genève 16 km.) — AIN

LA GRANDE STATION FRANÇAISE DE REPOS
-- -- dans un parc de 100 hectares -- --

==== Indication spéciale de cure pour : ====
les troubles fonctionnels du SYSTÈME NERVEUX et des
MALADIES DE LA NUTRITION qui s'y rattachent
les maladies organiques du TUBE DIGESTIF et de la
==== NUTRITION =====

Dans le parc : Etablissement thermal

Hydrothérapie. Psychothérapie. Cures d'air, de repos,
d'exercices et de culture physique. Massothérapie. Elec-
trothérapie. Radiologie.

Dans le parc : Les Hôtels

HOTEL DU GOLF

Hôtel de grande classe, tous les appartements avec salle de
bains, w.-c., téléphone. Première réalisation hôtelière dans
la suppression des bruits.

HOTEL CHICAGO

Résidence de tout premier ordre.

LE GRAND HOTEL

Hôtel de premier ordre à prix modérés. Recommandé aux
familles.

LE PAVILLON DU GOLF

Grande terrasse avec vue splendide sur la chaîne des
Alpes. Son restaurant, ses spécialités régionales, ses thés
avec orchestre.

MAISON MÉDICALE DE RÉGIME

Sous contrôle d'un médecin spécialiste. Cuisine diététique.
Laboratoires d'analyses.

Distractions Théâtre. Concerts. Cinéma. Parc pour enfants.

Tous les sports Golf 18 trous. Tennis. Promenades. Canotage (5 km.
du lac). Pêche à la truite.

Direction Générale : I. TARTAKOWSKY, Administrateur

J. LUGENA et A. COUCIERO. — Atrophies musculaires localisées apparaissant au cours de la paralysie générale	133
M. CAHANE et T. CAHANE. — Double paralysie radiale chez un paralytique général après malarithérapie. Rôle étiopathogénique de l'anémie post-malarique	133
J. DE AJURIAGUERRA et H. DIMO. — Polyradiculonévrite avec dissociation albumino-cytologique, survenue au cours d'une désintoxication chez une polytoxicomane	133
H. DAMAYE et B. POIRIER. — Epithélium utérin chez une déséquilibrée maniaque ayant eu la syphilis	134
P. DELMAS-MARSALET. — Hyperostose frontale interne avec troubles mentaux. (Syndrome de Morgagni-Morel)	134
J. CUATRECASAS, T. OCAÑA et N.-A. VITA. — Contribution clinique à l'étude de l'influence du diencéphale sur le trophisme sexuel	131
H. NAEGLI. — Etudes entamnestiques sur l'encéphalite épidémique chronique	135
K.-H. FINLEY. — Pathogenèse de l'encéphalite accompagnant la vaccination, la variole et la rougeole	135
M. DIDR et L. VAN BOGAERT. — Sur l'idiotie amaurotique juvénile (type Spieelmeyer-Vögtl).	

Contribution à l'étude de sa semiologie extrapyramidale, de la répartition et de la cytologie de ses lésions	135
G. MARINESCO. — Sur l'idiotie amaurotique juvénile	136
Ch.-A. ELSBERG et H. SPOTNITZ. — Les corrélations nerveuses de la vision et leur signification dans la localisation des tumeurs cérébrales	136
J. LAFON et J. FAURE. — Sur un cas de tumeur du corps calleux	136
F.-R. FORD et W. MUNCIE. — Tumeurs malignes du troisième ventricule	137
DELMAS-MARSALET, BERGOUIGNAN, BESSIÈRE et LAFON. — Le syndrome de Laurence Moon-Bardet	137

Psychologie.

B. BOURDON. — Sensations extérieures par rapport au corps et sensations subjectives ..	137
G. RÉVÉSZ. — La fonction sociologique de la main humaine et de la main animale	137
A. GRANADA I PICH. — Le vocabulaire scolaire et les associations opposées	138
G. ROBIN. — L'inattention et la distraction chez l'enfant	138

(Suite du sommaire page XII).

LA MÉTAIRIE

— NYON (SUISSE) —

MALADIES NERVEUSES ET MENTALES



DIVISION POUR ENFANTS
DANS UNE MAISON SÉPARÉE

Médecin-chef : D' E. GONET
D' P. PLATTNER

Tél. : 9.56.26

DEUX MÉDECINS ASSISTANTS



LES RIVES DE PRANGINS

PRANGINS près NYON (Suisse)

AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX

Médecin-Chef : D^r O.-L. FOREL, Privat-Doctent à l'Université
Prospectus sur demande à l'Administration
Téléphone : Nyon 9.54.41
Adr. télégraphique : RIVAPRANGINS NYON

Psychanalyse.

- H. LE SAVOUREUX. — Un philosophe en face de la psychanalyse 139
 A.-J. KIEWITZ DE JONGE. — Quelques principes de psychosynthèse 139
 N. SPEYER et B. STORVIS. — Le facteur psychanalytique dans l'hypnose 140
 G. ZILBOORG. — Le sens de l'immortalité... 140
 T. BILIKIEWICZ. — La structure psychologique de la névrose comme problème pathogénique 141

Thérapeutique.

- P.-J. NISIBAR. — Sur un cas de psychose réactive guérie par la méthode de von Meduna 141
 B. CARAVEDO. — Le cardiazol dans le traitement de la schizophrénie 141
 A.-A. LOOW, I.-R. SONENTHAL, M.-F. BLAUROCK, M. KAPLAN et I. SHERMAN. — Traitement de choc par le métrazol dans les psychoses focales 142
 H.-H. GOLDSTEIN, E.-F. DOMBROWSKI, J.-V. EDLIN, A.-P. RAY, C.-L. MC. CORMY et WEINBERG. — Traitement des psychoses par le pentaméthylentétrazol 142

- H. DELGADO. — Traitement de la schizophrénie par le cardiazol à dose convulsivante 142
 C. GUTIÉRREZ-NORIEGA. — Catatonie expérimentale et shock cardiazolique 142
 S. MAURER, H.-O. WILES et C.-M. MERBERG avec B. SKORODIN et M.-L. FISHER. — Modifications chimiques du sang survenant pendant le traitement des troubles mentaux psychogénétiques par les convulsions dues au métrazol... 143
 F. FIGARI DIEZ CANSECO. — Anomalies de la mémoire chez les schizophrènes traités par le cardiazol 143
 L. BABONNEIX. — Les sulfamides en médecine infantile 143
 B. TIEFFENAU. — Sulfamidothérapie. Posologie et conduite du traitement chez l'adulte 144
 R. LEVENT. — Les accidents du traitement sulfamidé 144
 E. FOURNEAU. — L'antiseptie interne des maladies microbiennes par des dérivés du soufre.. 145
 Ch. CONTAT, M. ARTIUS, C. SPYCHER et F. DEBAT. — Action du chlorate de potasse sur la poliomyélite antérieure aiguë 145
 A. RAVINA. — Quelques nouvelles applications thérapeutiques du potassium 146
 A. BESSEMANS. — Applications thérapeutiques récentes de l'hyperthermie générale provoquée par moyens physiques (physicopyrexie).. 146

(Suite du sommaire page XIV).



NEURINASE

amorce le
sommeil naturel

Z

Insomnie
Troubles nerveux

Ech^{es} & Littérature
LABORATOIRES GÉNÉVRIER
2 Rue du Débarcadère PARIS

SAINT-RÉMY

CHALON-SUR-SAONE (S.-&-L.)

Téléphone 316



MAISON DE CURE ET CONVALESCENCE

Etats neurasthéniques -- Affections du système
nerveux - Psycho-névroses - Désintoxications
-- -- Psychothérapie -- Hydrothérapie -- --
-- 40 chambres -- 15 salles de bains --

NI ALIÉNÉS - NI CONTAGIEUX

Direction administrative : MARC RIFAUX

Direction médicale : Docteur RENÉ VERCIER

ex-interne des Hôpitaux psychiatriques, Chef de clinique
neuro-psychiatrique à la Faculté de Médecine de Paris

VARIÉTÉS

Société Medico-Psychologique :

Séances	148
Prix de la Société Médico-Psychologique	148

Hôpitaux psychiatriques :

Néerologie	148
Nominations	148
Postes vacants	149
Concours pour 15 postes de Médecin-Chef des Hôpitaux psychiatriques	149
Comité des amis et des élèves du Dr G. de Clérambault	150
Construction d'un Hôpital psychiatrique dans le département de la Vienne	150

Réunions et Congrès :

Journées neuro-psychiatriques pan-américai- nes	151
--	-----

Hygiène et Prophylaxie :

Etablissement d'un « Carnet de Santé »	151
Comité Européen d'Hygiène mentale	152
Comité de la Fédération latine des Sociétés d'Eugénique	152
Fondation pour l'avancement dans la recher- che de l'encéphalite à l'Université de Bes- ne	153

Assistance :

Conseil Supérieur de l'Assistance publique	153
Organisation d'un Service d'assistance psy- chiatrique en Afrique Occidentale Fran- caise	153

Académie de Médecine	156
----------------------------	-----

INFORMATIONS

III^e Congrès Neurologique International (Copenhague, 24-25 AVRIL 1939) XVIII

LE CASTEL D'ANDORTE

- 342, Route du Médoc -

LE BOUSCAT, près Bordeaux

- Téléphone : BORDEAUX 836-30 -

MALADIES MENTALES - ET NERVEUSES -

Médecin-Directeur :

Docteur Pierre CHARON



CLINIQUE MÉDICALE DE FONTENAY-S.-BOIS

(Seine)

6, Avenue des Marronniers — Tél. : Tremblay 12-87

Médecin-Directeur :

Docteur G. COLLET, Ancien interne des Asiles de la Seine

TRAITEMENT DES MALADIES NERVEUSES

ISOLEMENT — PSYCHOTHÉRAPIE — RÉGIMES — HYDROTHÉRAPIE
ÉLECTROTHÉRAPIE

ÉTABLISSEMENT SITUÉ EN BORDURE DU BOIS DE VINCENNES — PARC
PAVILLONS SPÉCIAUX POUR DAMES ET JEUNES FILLES

MAISON de REPOS pour PERSONNES AGÉES et pour CONVALESCENTS
MOYENS de COMMUNICATIONS FACILES AVEC PARIS

Chemin de fer de Vincennes, Place de la Bastille, à Paris
Autobus n° 122 au Château de Vincennes (Station du Métro).

ÉTABLISSEMENT HYDROTHÉRAPIQUE

ET

MAISON DE CONVALESCENCE

Docteur J.-B. BUVAT et **Docteur G. VILLEY-DESMESERETS**

Anciens Internes des Asiles de la Seine

Médecins-Directeurs

VILLA MONTSOURIS

130, rue de la Glacière

PARIS

Téléphone : Gobel. 05-40

MARDI, VENDREDI

2 à 5

CHATEAU de l'ABBAYE

VIRY-CHATILLON

(S.-et-O.)

Téléphone : Juvisy 76

—

PARC : Huit Hectares

**TRAITEMENT DES MALADIES
NERVEUSES ET DES TOXICOMANIES**

— « PRIX MODÉRÉS » —

INFORMATIONS

III^e CONGRES NEUROLOGIQUE INTERNATIONAL

Copenhague, 21-25 août 1939

Sous le Haut Patronage

de Sa Majesté le Roi de Danemark et d'Islande

Présidents d'honneur : M. le D^r GORDON HOLMES, Londres ; M. le D^r B. SACHS, New-York ; Sir Charles SHERRINGTON, Oxford.

Président : M. le Professeur VIGGO CHRISTIANSEN, Scherfigsvej 1, Copenhague O.

Vice-présidents : MM. les Professeurs N. ANTONI (Suède) ; A. AUSTREGESILLO (Brésil) ; M. BALADO (Rép. Argentine) ; L. BENEDEK (Hongrie) ; L. VAN BOGAERT (Belgique) ; B. BROUWER (Hollande) ; H. BRUNSCHWEILER (Suisse) ; V. M. BUSCINO (Italie) ; H. FERRITUS (Finlande) ; G. GUILLAIN (France) ; M. le D^r Wilfred HARRIS (Grande-Bretagne) ; M. le Prof. L. HASKOVEC (Tchécoslovaquie) ;

(A suivre, page d'annonces XX).

III

CHATEAU DE PREVILLE

Tél. 52 ORTHEZ (Basses-Pyrénées)



Dr Marcel DHERS

Climat toni-sédatif

MAISON

de Traitements
de Repos ———
de Régimes —

Affections nerveuses
Intoxications
Convalescences

Installation luxueuse et plaisante sur les bords du Gave au milieu
— d'un parc de douze hectares à proximité de Pau et Biarritz —
Rayons X — Electrothérapie — Hydrothérapie — Psychothérapie

LABORATOIRES AMIDO

A. BEAUGONIN, Pharmacien

4, Place des Vosges, 4 — PARIS, 4^e Arr^t

AMIDAL

Poudre — Comprimés — Cachets — Dragées

Deux à quatre cuillerées à café,
ou quatre à huit comprimés, dragées
ou cachets par jour

Entérites aiguës et chroniques.
Entéro colites. Dysenterie.
Toutes les Diarrhées.
La constipation spasmodique.

VITAMYL IRRADIÉ

Extrait concentré de vitamines A, B, et C.

Ergostérol irradié
Une cuillerée à café
avant chacun des trois repas.

Carences et Pré-carences.
Rachitisme.
Déméralisation.
Troubles de la Croissance

GÉNÉSÉRINE

POLONOVSKI et NITZBERG

Deux à trois granules ou dragées ou 20 à 30
gouttes à chacun des trois repas ou une ampoule
injectable chaque jour pendant 10 jours.

Hypo-acidité gastrique.
Syndrome solaire.
Dyspepsie atonique.
Palpitations et Tachycardie
des cœurs nerveux.

GÉNATROPINE

POLONOVSKI et NITZBERG

2 granules, ou 20 gouttes, 2 à 3 fois par jour,
entre les repas de préférence.
1 ampoule injectable par jour.

Hyperchlorydrie.
Spasmes digestifs — Vomissements.
Coliques — Diarrhées.

GÉNOSCOPOLAMINE

POLONOVSKI et NITZBERG

4 à 8 granules, ou 40 à 80 gouttes par jour,
en 2 ou 3 prises, 1 ampoule par jour.

Maladie de Parkinson.
Syndromes post-encéphaliques.
Anesthésie chirurgicale ou obstétricale.

GÉNHYOSCYAMINE

POLONOVSKI et NITZBERG

2 granules, ou 20 gouttes, 2 à 3 fois par jour
entre les repas de préférence.
1 ampoule par jour.

Spasmes digestifs.
Tremblements.
Syndromes parkinsoniens.
Sucurs des tuberculeux.

GÉNOSTRYCHNINE

POLONOVSKI et NITZBERG

ou
Ampoules — Goutte — Granules

GÉNOSTHÉNIQUES

Cacodylate de Génostrychnine et de Gènesérine.
2 granules, ou 20 gouttes à chacun des trois repas.
1 ampoule injectable chaque jour.

Asthénie.
Neurasthénie — Surmenage
Anémie — Convalescence.
Paralysies atoniques.

GENOMORPHINE

POLONOVSKI et NITZBERG

En comprimés dosés à 2 Cgts (2 à 3 fois
par jour) ou en ampoules injectables
dosées à 4 Cgts.

La Douleur.
L'Anxiété — l'Agitation.
Les Dyspnées spasmodiques.
La Démonphinisation.

ÉCHANTILLONS MÉDICAUX SUR DEMANDE

III^e CONGRES NEUROLOGIQUE INTERNATIONAL

Copenhague, 21-25 août 1939

(Suite)

M. le Dr JAN KOELICHEN (Pologne) ; MM. les Professeurs M. KROLL (U.S.S.R.) ; G. LAFORA (Espagne) ; J. MINFA (Roumanie) ; G. H. MONRAD-KROHN (Norvège) ; WILDER PENFIELD (Canada) ; H. PETTE (Allemagne) ; L. PUUSEPP (Estonie) ; Henry ALSOP RILEY (U.S.A.).

Secrétaires : Secrétaire général : M. le Dr KNUD H. KRABBE, Kommunchospitalet, Copenhague, K. — Secrétaire local : M. le Dr C. J. MUNCH-PETERSEN, Kommunchospitalet, Copenhague, K. — Vice-Secrétaire local : M. le Prof. MOGENS FOG, Rigshospitalet, Copenhague, O.

Trésoriers : Trésorier : M. le Dr EINAR SOEDENSEN, Militærhospitalet, Copenhague, N. — Vice-trésorier : M. le Dr G. K. STURUP, Rigshospitalet, Copenhague, O. Compte de Chèques postaux N° 27794.

Rédacteur des discussions : M. le Dr KNUD WINTHER, Frimodtsvej 3, Copenhague, Hellerup.

Le III^e Congrès Neurologique International se tiendra à Copenhague, du lundi 21 au vendredi 25 août.

Siège du Congrès. — Les séances du Congrès auront lieu dans les salles du Parlement (Rigsdagen), au Château de Christiansborg aimablement mises à la disposition du Congrès par la Présidence du Parlement.

(A suivre, page d'annonces XXII).

" LES BERGES DU LÉMAN "

à VEVEY (Suisse)

Traitement des affections nerveuses

Cures de repos et de convalescence

Traitement spécial des psychonévroses

Situation exceptionnelle -- Vue étendue -- Grand parc -- Tout confort

Médecin-Directeur : Docteur M. GUILLEREY (Cabinet de consultations à Lausanne : Grand-Chêne, 2, lundi et jeudi sur rendez-vous. Téléphone 32.434). — Médecin-Adjoint : Docteur R. DUBY, un Médecin-Assistant. Téléphone : Vevey 52.008 ; Adresse télégraphique : Berges Vevey.

Renseignements et prospectus auprès de la direction médicale

KANEURON

Solution Stable

le plus maniable —

— le plus assimilable —

— le plus actif

des sédatifs phyto-barbituriques
de par sa forme soluble.

10 GOUTTES 0,01 de
Phényléthylmalonylurée sodique
Crataegus Passiflore
— Paullinia —
Correctif anti-dépresseur

Stabilisateur type des
troubles Vago-symphathiques
Angoisses
Sédatif de l'Hyper-excitation.

SIDÉRANYL

Spasmolytique
magnésien
Borotartrate de magnésium

Epilepsie et équivalents
épileptiques (Vertiges)
Instabilité psycho-motrice

SERVO-FREINYL

Borotartrate Mg et
Carbonate de calcium
Phényléthylmalonylurée
Parathyroïdine, Ergostérol

troubles du Caractère
Tics
Terrain Tétanique

SPASMOCALCYL

Borotartrate
Bromure de Ca
Iodure
peptides de lev de bière

Terrain spasmodophile
Crises Convulsives des
Enfants

Echantillons et Littérature sur demande aux

LABORATOIRES LABIOLA 52 rue de Cambrai
LILLE NORD

III CONGRES NEUROLOGIQUE INTERNATIONAL

Copenhague, 21-25 août 1939

(Suite)

PROGRAMME DES SÉANCES SCIENTIFIQUES

Lundi 21 août. — 9 h. 30 : Séance solennelle d'ouverture du Congrès.

10 à 12 h. 30 : Discussion : Le système endocrino-végétatif et sa signification pour la neurologie. Président : M. le Prof. L. VAN BOGAERT.

Rapporteurs : Sir Henry H. DALE (Londres). Intervention des médiateurs chimiques dans le système nerveux périphérique et leur relation avec l'appareil endocrinien.

M. le Prof. LARUELLE (Bruxelles). Les bases anatomiques du système autonome bulbo-spinal et cortical.

M. le Prof. FULTON (New-Haven). Physiologie du système autonome cortical et bulbo-spinal dans sa connexion avec l'appareil endocrinien.

M. le Prof. O. FOENSTER (Breslau). Relations de l'hypophyse et des autres glandes endocrines avec le système neuro-végétatif.

M. le Dr FORSBERG (Oslo). Relation des glandes endocrines et de la fonction musculaire, notamment par rapport à la myopathie.

14 heures : Suite de la discussion. Président : M. le Prof. H. PETTE.

(A suivre, page d'annonces XXIII).

SANATORIUM BELLEVUE

du Docteur BINSWANGER



à KREUZLINGEN (Suisse)

(fondé en 1857)

Spécialement organisé pour le traitement des
MALADIES NERVEUSES, MENTALES et des INTOXICATIONS
CURES D'INSULINE

9 villas différentes permettant la séparation complète
des diverses formes de maladies

6 villas séparées pour névroses, états d'épuisement et de convalescence

3 villas séparées pour maladies mentales

4 médecins

Installation hydrothérapeutique très moderne
gymnastique, massage, jardinage, tissage, etc...

Grande ferme modèle

RENSEIGNEMENTS ET PROSPECTUS PAR L'ADMINISTRATION

III CONGRES NEUROLOGIQUE INTERNATIONAL

Copenhague, 21-25 août 1939

(Suite)

Mardi 22 août. — 9 h. 30 à 12 h. 30 : Discussion : Les maladies nerveuses héréditaires, notamment en ce qui concerne leur genèse. Président : M. le Prof. G. GUILLAIN.

Rapporteurs : M. le Prof. B. SACHS (New-York). L'idiotie familiale amaurotique et ses relations avec les autres maladies héréditaires et familiales.

M. le Prof. André THOMAS (Paris). Les maladies héréditaires et familiales du système cérébelleux. L'hérédo-dégénération spino-cérébelleuse.

M. le Prof. JONESCO-SISESTI (Bucarest). Les affections extra-pyramidales. La dégénération hépato-lenticulaire. La chorée de Huntington. Les myopathies. Les atrophies nucléaires. La neurofibromatose.

M. le Prof. CURTIUS (Berlin). Les maladies héréditaires du système nerveux au point de vue de la génétique.

M. le Prof. SCHAFFER (Budapest). L'anatomie pathologique générale des maladies héréditaires et familiales du système nerveux.

14 heures : Suite de la discussion. Président : M. le Prof. V. M. BUSCINO.

Jendredi 24 août. — 9 h. 30 à 12 h. 30 et 14 heures : Séances dans les différentes sections, parmi lesquelles il y aura une séance spéciale pour les sujets neurochirurgicaux.

(A suivre, page d'annonces XXIV).



VILLA LUNIER à BLOIS (Loir-et-Cher)

consacrée au traitement des maladies mentales

Fondé en 1860 par l'éminent Dr LUNIER cet établissement sis sur un plateau salubre à la périphérie de la ville à 1.500 mètres de la gare, se trouve au milieu d'un parc magnifique de 11 hectares ; il comporte toutes les commodités modernes et les divers moyens de traitement ; un laboratoire bien outillé permet tous les examens biologiques nécessaires.

La direction et le service médical sont assurés par deux médecins en chef des Hôpitaux psychiatriques assistés d'internes, de religieuses, d'infirmiers et d'infirmières laïques.

Le prix de pension varie de 920 fr. par mois à 1.320 fr. selon les classes.
Le prix des pavillons particuliers oscille entre 2.500 f. et 4.800 fr.

TÉLÉPHONE : 2-82

POUR PLUS AMPLES RENSEIGNEMENTS,
DEMANDER LE PROSPECTUS DÉTAILLÉ.

III CONGRÈS NEUROLOGIQUE INTERNATIONAL

Copenhague, 21-25 août 1939

(Suite)

Vendredi 25 août. — 9 h. 30 à 12 h. 30 : Discussion : Problèmes concernant les avitaminoses notamment par rapport au système nerveux périphérique. Président : M. le Prof. G. H. MONRAD-KROHN.

Rapporteurs : A. Notamment au point de vue expérimental : 1. Sir Edward MELLANBY (Londres) ; 2. M. le Prof. G. C. RIVIÈRE (Pavie).

B. Notamment au point de vue clinique : 3. M. le Dr J. S. WECHSLER (New-York) ; 4. M. le Dr D. MC. ALPINE (Londres).

C. Critique vitamine, notamment au point de vue de la thérapeutique : 5. M. le Dr H. P. STUBBE TEGLBJERG (Copenhague).

14 heures : Suite de la discussion. Président : M. le Prof. Henry ALSOP RILEY.

PROGRAMME DES RÉCEPTIONS

Dimanche 20 août. à 21 heures : Réunion amicale dans la salle de fête du Restaurant Nimb, Bernstorffsgade, 5 (vis-à-vis de la gare centrale).

Jeuvi 24 août. à 20 heures : Banquet officiel du Congrès.

Le programme des autres réceptions sera communiqué ultérieurement.

(A suivre, page d'annonces XXVI).

MÉDICATION ALCALINE PRATIQUE

COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT

3 à 4 comprimés par verre d'eau

12 à 15 comprimés par litre.

ANTI-RHUMATISMAL
ÉNERGIQUE

NOVACÉTINE PRUNIER

6, R. de la Tacherie, PARIS
et Pharmacies.
R. C. Paris, 53 318

RECONSTITUANT
DU SYSTÈME NERVEUX

NEUROSINE PRUNIER

GLYCÉROPHOSPHATE DE CALCIUM
ASSIMILABLE

MAISON DE SANTÉ

161, rue de Charonne -- PARIS-XI°

Téléphone : ROQUETTE 05-05

Traitement des maladies mentales et nerveuses des deux sexes

Grand parc de 2 hectares en plein Paris

Pavillons et jardins séparés

Directeur : le D^r Cl. VURPAS

Médecin de La Salpêtrière

Les familles sont reçues tous les jours de 2 heures à 5 heures

VILLA PENTHIÈVRE

Maison de Santé et de Convalescence

SCEAUX (Seine)

TÉ. ÉPH. 12

PSYCHOSES --- NÉVROSES



Médecin-Directeur : D^r BONHOMME, Ancien Interne des Asiles de la Seine

Médecin assistant : D^r CODET, Ancien Chef de Clinique de la Faculté

III CONGRES NEUROLOGIQUE INTERNATIONAL

Copenhague, 21-25 août 1939

(Suite)

AFFILIATION

Membres actifs : Tout neurologue, neurochirurgien, psychiatre, ainsi que tout médecin s'intéressant à la neurologie, peut devenir membre actif du Congrès. Les personnes qui désirent se faire inscrire comme membre actif pourront s'adresser :

- 1) soit à leur Comité national, chargé alors d'examiner leur demande ;
- 2) soit directement au Secrétaire général du Congrès, M. le D^r KNUD H. KRABBE, qui sera alors chargé d'examiner leur demande d'inscription.

Les cartes de membre de tous les congressistes seront établies par le Secrétaire général.

Membres passifs : Toute personne non professionnelle — messieurs ou dames — s'intéressant au Congrès peut se faire inscrire à titre de membre passif, soit en s'adressant au Comité National de son pays, soit en s'adressant directement au Secrétaire général du Congrès.

Cotisation. — A la réunion du Comité Exécutif qui eut lieu à Copenhague en juin 1937, la cotisation de membre actif fut fixée à 40 couronnes danoises ou son équivalent et celle de membre passif à la moitié de cette somme.

Ces cotisations seront versées soit par l'entremise des Comités nationaux, soit directement au Trésorier du Congrès.

Les cartes de membres seront dûment transmises.

(A suivre, page d'annonces XXVII).

NÉVROSTHÉNINE FREYSSINGE

LE

RECONSTITUANT NERVIN RATIONNEL

dont est justiciable

Tout DÉPRIMÉ
SURMENÉ

Tout CÉRÉBRAL
INTELLECTUEL

Tout CONVALESCENT
NEURASTHÉNIQUE



XV à XX gouttes
à chaque repas

XX gouttes = 0,40 de
glycérophosphates
cérébraux (Na.K.Mg.)

6, rue Abel • PARIS (12^e)

ni chaux, ni sucre, ni alcool
aucune contre-indication

III^e CONGRES NEUROLOGIQUE INTERNATIONAL

Copenhague, 21-25 août 1939

(Suite)

Pour les membres français l'inscription est reçue soit directement par le Secrétaire général du Congrès : M. le Dr KNUD H. KRABBE, KOMMUNEHOSPITALET, COPENHAGUE K., soit par M. le Prof. J.-A. BARRÉ, DIRECTEUR DE LA CLINIQUE NEUROLOGIQUE DE STRASBOURG.

L'inscription étant faite, les cotisations devront être versées à Mme le Dr SOHREL-DEJÉRINE (Trésorière pour la France), 179, boulevard Saint-Germain, Paris (7^e).

Pour toute demande concernant les facilités de voyage et les excursions projetées, prière de s'adresser à la CLINIQUE NEUROLOGIQUE (Hôpital Civil), Strasbourg.

LANGUES OFFICIELLES DU CONGRÈS

Dans sa réunion, le Comité Exécutif a décidé que les langues officielles du Congrès seraient l'allemand, l'anglais, l'espagnol, le français et l'italien. Pour les résumés, prière de voir ci-dessus.

RÉCEPTIONS ET EXCURSIONS

On a prévu pour le mercredi 23 août, jour où il n'y aura pas de séances scientifiques, une excursion au Château de Frederiksborg, à Hillerød, au Château de Kronborg, à Elsenør, etc. D'autres excursions ou réceptions d'après-midi seront arrangées à l'intention des membres passifs du Congrès.

Le programme détaillé en sera communiqué ultérieurement.

(A suivre, page d'annonces XXVIII).

MAISON DE SANTÉ D'ÉPINAY-SUR-SEINE

(Fondée par le Dr Tarrius)

6, Avenue de la République, EPINAY-sur-SEINE

Téléphone : 68 St-Denis



Maladies mentales et nerveuses des deux sexes
Désintoxications - Cures de repos - Hydrothérapie - Electrothérapie
Rayons ultra-violet

PAVILLONS SÉPARÉS ET VILLAS PARTICULIÈRES

très confortables au milieu d'un parc de 15 hectares

CHAUFFAGE CENTRAL -- ÉLECTRICITÉ -- CHAPELLE

*L'établissement est largement ouvert à tous les Médecins
 qui peuvent continuer d'y traiter leurs malades*

Moyens de communication : Tramway n° 54, Place de la Trinité-Enghien (s'arrête devant l'Etablissement). — Chemin de fer gare du Nord, trajet en 10 minutes. — Automobiles, route d'Enghien, 7 kilomètres de Paris.

III^e CONGRES NEUROLOGIQUE INTERNATIONAL

Copenhague, 21-25 août 1939

(Suite)

FACILITÉS DE VOYAGES

L'American Express Company A/S a été choisie comme agence officielle de voyages du Congrès : elle se charge, par l'entremise des bureaux que possède l'American Express dans toutes les grandes villes du monde, de prêter son concours à tous les congressistes en vue d'organiser leur voyage.

Une carte de membre ou de famille, permettant au titulaire d'obtenir des billets de chemins de fer à prix réduit, sera envoyée aux congressistes, dès qu'ils se seront fait inscrire. Ces billets à prix réduit pourront être obtenus sur présentation de la carte dans n'importe quel bureau de l'agence de voyages American Express.

HÔTELS

Le Bureau de l'American Express à Copenhague a pris sur lui de réserver un nombre suffisant de chambres pour la durée du Congrès et, afin d'éviter tout mécontentement, on prie instamment les congressistes de bien vouloir retenir leur chambre par les soins de l'American Express, dont l'adresse est la suivante: *American Express, Company A/S, Vimmelskaftet 17, Copenhague*.

Il est recommandé de retenir les chambres d'hôtel dès que possible. Les demandes de chambres devront dans tous les cas parvenir au bureau de Copenhague au plus tard le 21 juillet 1939.

NEUROBORE PUR

Solution inaltérable de tartrate borico-potassique pur

1 gr. par cuillerée à café

SPÉCIFIQUE DES AFFECTIONS NERVEUSES

Pas d'Acné — Pas de troubles gastro-intestinaux — Pas de dépression cardiaque

NEUROBORE -G- ASSOCIÉ

Tartrate borico-potassique + Phényléthyl-malonylurée + Correctif
en cachets solubles

MÉDICATION D'ATTAQUE

des Affections nerveuses graves, des Insomnies rebelles

CANTÉINE

BOUTEILLE

(Crataegus -- Passiflore -- Hamamélis' -- Salix alba)

Erethisme cardiaque - Neurasthénie - Mélancolie - Déprimés

-- Troubles circulatoires et troubles nerveux consécutifs --

Echantillon gratuit sur demande

Laboratoire E. BOUTEILLE, 23, rue des Moines, PARIS (17^e)

SOMMAIRE DU N° 2 (tome II), JUILLET 1939

MÉMOIRES ORIGINAUX

U. CHAVIGNY. — Pédagogie générale : les changements de clavier.....	157
G. HEUYER. — A propos de la loi de 1838 et de son projet de révision.....	179
M. LACOSTE. — La méthode viennoise de traitement des états schizophréniques.....	201
P. GOSIA et BOUGEANT. — Sur l'application des résultats de la cure de Sakel....	219
R. BESON. — Ennui et concupiscences. Ennui et asthénie.....	224

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du jeudi 13 juillet 1939

A. VU et P. RAYCOTES. — Aux confins de l'obsession et du délire. Thèmes de possession et pseudo-hallucinations visuelles dans un syndrome encéphalitique.....	236
P. CHATIGNON, Mlle M. MIGUEN et M. G. OUDOT. — Syndrome polynévritique de Korsakoff avec mal perforant plantaire.....	243

G. HEUYER et NEVEU. — Troubles mentaux hallucinatoires chez deux tabétiques.....	246
H. CLAUDE, Ch. DURAND, L. VIDARF et G. DESHAIES. — Troubles caractériels chez un schizoïde très amélioré par le cardiazol.....	253
P. CHATIGNON, Mlle G. CHATIGNON et P. GILBERT. — Ostéomalacie de l'âge mûr chez une oligophrène. Étude biologique....	259

(Suite du sommaire, page II).

MAISON DE SANTÉ

— D'IVRY-SUR-SEINE —

23, Rue de la Mairie à IVRY

Téléphone : Gob. 01.67

MALADIES MENTALES & NERVEUSES

NOMBREUX PAVILLONS
DANS UN PARC DE 12 HECTARES

Médecin-Directeur : Docteur A. DELMAS

Ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin-adjoint : Docteur P. DELMAS

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

Séance du 6 juillet 1939

- LAIGNEL-LAVASTINE, H.-M. GAILLOT, L. PHILIPPE. — Myasthénie améliorée par la prostigmine 267
 LAIGNEL-LAVASTINE, H.-M. GAILLOT, L. PHILIPPE. — Tabès polyarthropathique avec Meppage... 267
 J. LHERMITTE et SIEWALD. — Les membres fantômes dans les sections totales et subtotaux de la moelle dorsale 267
 M. BARRÉ. — Syringomyélie cervicale tardive après blessure non-suppurée du poignet 268
 J. LHERMITTE et CLOUET. — Sur les accidents cérébraux de la transfusion sanguine.... 268
 KREBS et PURCH. — Traumatisme cranio-cérébral et trouble mental 268
 Th. ALAOUANINE et MIGNON. Association d'un syndrome poliomyélitique et d'un syndrome parkinsonien 269

Société de Neuro-psycho-pathologie infantile

Séance du 29 juin 1939

- L. MICHAUX. — Le problème de l'orientation scolaire et post-scolaire des épileptiques 270

Société Royale de Médecine Mentale de Belgique

et Société Belge de Neurologie

Séance du 24 juin 1939

- A. LEROY. — Polynévrite toxique provoquée par l'alcool 271
 A. LEROY. — Le traitement de la migraine par les injections de cardiazol 272
 J. RADERMECKER. — Un cas de myotonie familiale au froid 272
 H. HOVEN. — L'azoman dans le traitement de la schizophrénie 272
 R. NYSEN et R. BÜSCHHAERT. — Contribution à l'étude expérimentale de l'analgésie hystérique 273
 J. TITEGA. — Etude électroencéphalographique d'un nouveau cas d'anesthésie hystérique 273
 CHRISTOPHE. — Un cas de myotonie congénitale d'Oppenheim 274

(Suite du sommaire page IV).

CHATEAU

DIRECTEUR : D^r Gaston MAILLARD

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
 Médecin de Bicêtre et de la Salpêtrière

Médecin-adjoint : D^r Charles GRIMBERT

— MAISON DE SANTÉ MODERNE —
 POUR DAMES ET JEUNES FILLES



DE

L'HAY-LES-ROSES

INSTALLATION
 DE
 PREMIER ORDRE

Notice sur demande

2, rue Dispan

L'HAY-
 LES-ROSES
 (SEINE)

TÉLÉPHONE : 5

AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX
 — CURES DE DÉSINTOXICATION —
 — DE REPOS ET DE RÉGIMES —

CHATEAU DE SURESNES

Téléphone : SURESNES 2.88

Maison
de Santé
de Repos
de Régimes

FONDÉE PAR
M. le D^r MAGNAN
Membre de
l'Académie de Médecine



Le Château

La Maison de Santé du Château de Suresnes est située à la Porte de Paris (sortie du Bois de Boulogne), dans un grand parc.

Remise à neuf et embellie depuis la guerre, la maison reçoit, dans des parties distinctes (château et pavillons dispersés dans la verdure du parc), des convalescents, neurasthéniques, nerveux, intoxiqués ou psychopathes.

Château et pavillons réunissent toutes les conditions les meilleures d'hygiène et de bien-être (chauffage central, eau chaude, électricité, eau de source), etc.

Les personnes qui y séjournent peuvent y disposer à leur gré d'une chambre meublée avec luxe, d'un cabinet de toilette, d'un salon, d'une salle de bains, etc.

Les Médecins de la Maison de Santé et leurs familles prennent leurs repas avec les pensionnaires qui désirent fréquenter la salle à manger.

La Maison est largement ouverte à Messieurs les Médecins, qui peuvent ainsi continuer à suivre leurs malades.

HYDROTHERAPIE - ÉLECTROTHERAPIE

MÉDECINS DIRECTEURS :

D^r FILLASSIER O. * D^r DURAND-SALADIN

NOTICE SUR DEMANDE

Communications : Tramway du Val d'Or à la Porte Maillot

RÉUNIONS ET CONGRÈS

VI^e Réunion Européenne
d'Hygiène Mentale

(Lugano, 4-6 juin 1929)

Discours inaugural du Dr Repond, Président	276
Constitution du Comité Européen d'Hygiène mentale	277
G. BALLY. — Comprendre et compréhension mutuelle	278
J. VIL. — Les fondements biologiques de la compréhension mutuelle	279
KRETSCHMER. — Les bases biologiques de la compréhension mutuelle	279
A. LEV. — Les bases psychologiques de la compréhension mutuelle	280
HATTINGBERG. — L'importance pour la compréhension mutuelle des types psychologiques polarisés	281

E. MENROWSKI. — Nature et caractère essentiels de la compréhension mutuelle	282
E. MILLER. — La compréhension mutuelle dans la société primitive et dans la société moderne	283
Ed. CLAPARÈDE. — Les obstacles à la compréhension mutuelle	285
II. MESS. — L'éducation à la compréhension mutuelle	281
HARGREAVES. — Compréhension mutuelle entre groupes humains et entre peuples	285
J. BILSTROM. — Vie économique et compréhension mutuelle	285
KIELHOFF. — Compréhension mutuelle et religion	286
W. MORCENTHAU. — Compréhension mutuelle et vie familiale	286
II.-W. MAHN. — Les tâches immédiates de l'hygiène mentale en Europe	287

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

Psychiatrie.

J. CARRIER. — L'anorexie mentale, trouble instinctivo-affectif	288
G. PIERRE. — Tonus vago-sympathique et troubles vaso-moteurs chez les déments précoces	289

M. BRENGAT. — Contribution à l'étude des rapports entre la tuberculose et les psychopathies	290
---	-----

Neurologie.

FONT-LAPASSE. — Les troubles oculaires au cours des encéphalopathies infantiles à forme spasmodique paralytique	291
---	-----

(Suite du sommaire, page VI).

CHATEAU DES COUDRAIES

Ancienne Institution d'Eaubonne (fondée en 1847)

Magnifique Parc de 5 hectares, adossé à la forêt de Sénart. Très belle vue sur la vallée de la Seine. Très grand confort. Eau courante, chaude et froide, dans toutes les chambres, électricité, chauffage central, installation hydrothérapique complète. Rayons U. V. Jardinage. Horticulture. Potagers de 20.000 m². Tennis.



PRIX DE PENSION A PARTIR DE 1000 FR. PAR MOIS

ÉTIOLLES (S.-&-O.)

ENFANTS
ET JEUNES GENS
ARRIÉRÉS

Education et Traitement
des déficients intellectuels
à tous les degrés

DIRECTEURS

Dr M. et J. de CHABERT
de 2 à 5 heures
sauf jeudis et dimanches
25 km. de PARIS
gare Evry-Petit-Bourg (P.-L.-M.)
Arrêt des autocars Citroën
27 - 28 - 29 : Dép. de Paris,
pl. Denfert-Rochereau
Tél. Corbeil 226

VILLA DES PAGES

LE VÉSINET (S.-et-O.)

40, Avenue Horace Vernet

TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES
ET DES MALADIES DE LA NUTRITION

REPOS, CONVALESCENCES, RÉGIMES

Cures de désintoxication

Psychothérapie, Rééducation, Physiothérapie



*12 chalets pourvus du confort moderne
disséminés dans un parc de 5 hectares.
Chambres ou appartements à plusieurs pièces*

La clinique est entièrement ouverte aux Médecins
qui peuvent ainsi conserver la direction de leurs malades

Médecins directeurs : Docteurs LEULIER, MIGNON, CASALIS

Médecin assistant : Docteur LECLERCQ

Téléphone : LE VESINET 12

O.-R. BOTH. — Des causes provocatrices de la crise convulsive épileptique. Essai de pathogénie	291
--	-----

Biologie.

P. LÉONARDON. — Contribution à l'étude de quelques troubles humoraux (chlorémie et équilibre acide-base) dans les états maniaques mélancoliques et anxieux	292
--	-----

Endocrinologie.

R. STORA. — Hormone folliculaire et psychoses. Etude physiopathologique	293
---	-----

Thérapeutique.

S. FENGLICHT. — Contribution à l'étude des correctifs des barbituriques dans le traitement de l'épilepsie	294
J. SOURDIS. — Les interventions sur le sympathique dans la pathologie traumatique des nerfs	294

JOURNAUX ET REVUES

Psychiatrie.

W. ÖVERHOLSER. — Le rôle de la psychiatrie en médecine générale	296
P. COURRON. — La pathologie mentale de la vieillesse	296
K.-A. SKVORZOV. — Le syndrome du « mentisme » (affluence d'idées)	296
D. LAGACHE. — Erotomanie et jalousie	297

E. GELDA. — Au sujet du délire	297
A. ROMERO. — Sur le problème des hallucinations	298
S. BLACHOWSKI. — Sur la nature des hallucinations	298
J. DRETCHE. — Considérations méthodologiques sur les hallucinations	298
J. NELKEN. — Hallucinations et psychogénie.	299
V. ARROYO. — Conceptions modernes à propos du mécanisme des hallucinations	299
M. GOZZANO. — Le problème des hallucinations au XI ^e Congrès International de Psychologie	300
A.-J. ROSANOFF. — Le point de vue du malade dans le problème des hallucinations	300
Cl. VURPAS et G. FABRE. — Récidive d'hallucinations après une hémorragie. Conservation de la conscience	300
H. EY et M. RANGOULE. — Hallucinations mesencéphaliques et troubles psychosensoriels de l'encéphalite épidémique chronique	301
LAIGNEI-LAVASTINE et G. d'EUCQUEVILLE. — Barbiturisme chronique d'usage, barbiturisme aigu d'hôpital et toxicomanie barbiturique	301
G. CARRIÉRE et C. HURIEZ. — Le barbiturisme aigu. Considérations sur son pronostic, sa thérapeutique et sa prophylaxie	301
D.-N. PARFETZ. — L'étiologie du syndrome confusionnel et l'utilisation du vaccin T.A.B.	302
ZILINSKI. — Les psychoses confusionnelles de détoxification	302
A.-P. QUARANTA. — Anémie pernicieuse. Syndrome confusionnel	302

(Suite du sommaire, page VIII).



CHATEAU DE SAUMERY

CLINIQUE MEDICALE DU CENTRE
HUISSEAU-sur-COSSON (Loir-et-Cher)

12 km de BLOIS — 4 km de CHAMBORD

TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES
MISE EN ŒUVRE DES THÉRAPEUTIQUES LES PLUS MODERNES
(Contrôle de laboratoire)

Magnifique demeure historique
dotée de tout le confort moderne dans un très beau parc de
38 HECTARES CLOS DE MURS

Docteur **Maurice OLIVIER**

Médecin en chef des Hôpitaux Psychiatriques

Téléphone 1, Huisseau-sur-Cosson

SAINT-REMY

CLINIQUE MÉDICALE

46, Boul. Carnot Tél. Régional 755 et 850

LE VÉSINET (S.-et-O.).



-- -- **TRAITEMENT** -- --
des affections du Système nerveux, des
intoxications et des maladies de la nutrition

Repos — Convalescences — Régimes
Electrothérapie — — Hydrothérapie

Dans banlieue agréable, paisible et saine.
Très belle installation modèle, 6 pavillons séparés
- - dans un parc fleuri de 2 hectares - -

Chambres gaies, meublées avec goût, très confortables,
cabinets de toilette avec S. B. et W. C. privés.
Galleries ensoleillées. Terrain et salons de jeux.
- Excellente cuisine bourgeoise et de régimes -

NI MALADES CONTAGIEUX OU BRUYANTS

-- -- **MÉDECIN-DIRECTEUR** -- --
-- D^r P. ALLAMAGNY --

avec la collaboration du D^r VIGNAUD,
ex-Directeur de la Maison de Santé de Vanves

-- -- et d'un médecin assistant -- --

H. CRICHTON-MILLER. — Le complexe somato-psy- chique en psychiatrie	303
H. BARUK. — Quelques remarques sur les recher- ches étiologiques en psychiatrie	303
G. MUGLIA. — Pathogénie des délires secondaires des paralytiques généraux malarisés.....	303
PAULIAN et CANTACUZÈNE. — La constitution hu- maine et la paralysie générale progressive	304
AUBIN et A. BARRAUX. — Délire passionnel et sclé- rose multiloculaire	304
E. MIRA. — Psychopathologie des états passion- nels	304
L. BENDER et Z. YARELLA. — Psychoses parmi les disciples de Father Divine	305
P. FAVERET et J. RONDEPIERRE. — Essai sur le rôle de la syphilis dans le déterminisme de la dé- mence précoce	305
M.-E. TORSIGNO. — La surdité comme cause de réactions paranoïdes	305
A. NICOTRA. — Démence précoce et chorée dégé- nérative de Huntington	306
H. BARUK. — La « démence précoce » ou la schi- zophrénie constituent-elles une maladie ? Criti- ques nosographiques	306
R.-A.-Q. LAY. — Psychoses d'allure schizophré- nique chez les jeunes enfants	306
K. KANDARADSKAIA. — Le syndrome schizophré- nique au cours de diverses psychoses chez l'enfant	307
A. FAURBYE. — Conditions psychologiques réali- sées par l'intoxication hydrique : confusion mentale et symptômes schizophréniques..	307
G. ILIAROVSKI. — Dynamique de la schizophré- nie sous l'influence des narcoses prolongées..	307
W.-L. WOODS. — Etude du langage dans la schi- zophrénie	308
E. FEUCHTWANGER et W. MAYER-GROSS. — Trou- blisme cérébral et schizophrénie	308
E.-S. TAUBER, L.-G. LEWIS et O.-R. LANGWORTH. — Activité vésicale dans les états schizophré- niques associés à la catalepsie	308
N.-L. GARRAUD. — De la symptomatologie épilep- toïde dans la schizophrénie	309
M. RICHIERE-OVSJANKINA. — Le test de Rorschach appliqué aux sujets normaux et aux schi- zophréniques	309
J.-C. CAVALLANTI-BORGES. — Le test de Rorschach chez les épileptiques	309
L. BENEDEK. — Épilepsie choréique familiale avec démence	309
A. ENLAVCHOW. — Léonard de Vinci n'était-il pas un épileptique ?	310
F. GORRITI. — Avitalisation de la réalité dans la perception extérieure	310
N. PÉRON. — Défense de l'anorexie mentale	310
J. LAPONT. — Une observation de psychasthénie par Tristan Bethard	311
P. HARTENBERG. — Un cas de « trémophile »	311
M. BORNSTEIN. — De la dépression psychique	311
W.-B. THILLY. — La personnalité prépsychotique des déprimés avec agitation	311
G. FATTOLVERI et NICCOLAI. — Délire de négation et psychoses réactionnelles	312
E. ROYO. — Psychoses de situation, psychoses de réaction	312

(Suite du sommaire, page X).

Ecole du Docteur Henriette Hoffer

ETABLISSEMENT PSYCHO-MÉDICO-PÉDAGOGIQUE
POUR ENFANTS INAPTES A SUIVRE LES CLASSES NORMALES
(ENFANTS RETARDÉS, DÉLICATS, SOURDS, PARLANT MAL)

Fondatrices : D^r H. HOFFER et Madame Anne-Marie BUSSEAU



« MONTCLAIR »

1, Grande Rue, BELLEVUE-MEUDON (Seine-&-Oise) - Téléph. : Observatoire 17-45

DIVONNE-LES-BAINS

OUVERT

TOUTE

L'ANNÉE

Altitude 519 m. (Genève 16 km.)

— AIN

LA GRANDE STATION FRANÇAISE DE REPOS

-- -- dans un parc de 100 hectares -- --



==== Indication spéciale de cure pour : ====

les troubles fonctionnels du SYSTÈME NERVEUX et des
MALADIES DE LA NUTRITION qui s'y rattachent
les maladies organiques du TUBE DIGESTIF et de la

NUTRITION

Dans le parc : Etablissement thermal

Hydrothérapie. Psychothérapie. Cures d'air, de repos,
d'exercices et de culture physique. Massothérapie. Elec-
trothérapie. Radiologie.

Dans le parc : Les Hôtels

HOTEL DU GOLF

Hôtel de grande classe, tous les appartements avec salle de
bains, w.-c., téléphone. Première réalisation hôtelière dans
la suppression des bruits.

HOTEL CHICAGO

Résidence de tout premier ordre.

LE GRAND HOTEL

Hôtel de premier ordre à prix modérés. Recommandé aux
familles.

LE PAVILLON DU GOLF

Grande terrasse avec vue splendide sur la chaîne des
Alpes. Son restaurant, ses spécialités régionales, ses thés
avec orchestre.

MAISON MÉDICALE DE RÉGIME

Sous contrôle d'un médecin spécialiste. Cuisine diététique.
Laboratoires d'analyses.

Distractions

Théâtre. Concerts. Cinéma. Parc pour enfants.

Tous les sports

Golf 18 trous. Tennis. Promenades. Canotage (5 km.
du lac). Pêche à la truite.

Direction Générale : I. TARTAKOWSKY, Administrateur

M. et Mme S. LEGONTE. — Les psychoses des grévistes	312
DELMAS-MARSALET. — Rationalisme et géométrisme morbides	313
E.-G. AUSTT et R. AGORIO. — Contribution à l'étude d'une forme délirante du rationalisme morbide	313
DELMAS-MARSALET. — Etude clinique d'une pathologie	313
T.-C. GRAVES. — Traumatismes crâniens et troubles mentaux	314
E. GUTTMANN et C.-E. WINTERSTEIN. — Troubles de la conscience consécutifs aux traumatismes crâniens. Observations sur les boxeurs	314
E.-W. ANDERSON. — Etude clinique des états d'extase survenant au cours des désordres affectifs	314
Mme S. MORGENTHAU. — Contribution au problème de l'hystérie chez l'enfant	314
L. BOVER. — Contribution à l'étude des démences chez l'enfant	315
A. GAREISO et A.-J. PETRE. — Onanisme infantile	315
Th. SIMON. — L'examen des aliénés par les tests de niveau mental	315

Psychologie.

H. PIRON. — La psychologie, science biologique	316
N. MARGINIANU. — Le domaine de la psychologie appliquée	316
L. RIVU. — Contribution à une typologie	317

T. ARCAN. — L'activité des offices d'orientation professionnelle de Transylvanie	317
La psychotechnique au service des chemins de fer	318
G. DE MONTPELLIER. — Les réflexes conditionnels et les phénomènes d'apprentissage chez les animaux	318

Neurologie.

J.-W. KERNOHAN et H.-W. WOLTMAN. — Périartérite noueuse. Etude clinique et pathologique avec examen spécial du système nerveux	318
W.-H. CHASE. — L'apoplexie hypertensive et ses causes	319
RISER, DUCUING et GÉRAUX. — Des hématomas sous-duraux	319
I. STRAUSS et S. TARALOW. — Facteurs du pronostic des hémorragies subarachnoïdiennes spontanées	319
J. ROTHFELD. — Accès cataplectiques sous-corticaux	320
C. DAVISON et E.-D. FRIEDMAN. — Polikilothémie avec lésions hypothalamiques	320
H. ROGIER, M. ARNAUD et J.-L. PAILLAS. — Contribution à l'étude diagnostique des encéphalites pseudo-tumorales	320
Th. DE MARTEL et J. GUILLAUME. — A propos des pseudo-tumeurs cérébrales et de leurs manifestations oculaires	321
J.-L. HANON. — Sur quelques tumeurs de la ligne médiane du cerveau	321
H. ASKENASY. — Les tumeurs perlées du névraxe	321

(Suite du sommaire page XII).

LA MÉTAIRIE

— NYON (SUISSE) —

MALADIES NERVEUSES ET MENTALES

DIVISION POUR ENFANTS
DANS UNE MAISON SÉPARÉE



Médecin-chef : D^r E. GONET
D^r P. PLATTNER

Tél. : 9.56.26

DEUX MÉDECINS ASSISTANTS



LES RIVES DE PRANGINS

PRANGINS près NYON (Suisse)

AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX

Médecin-Chef : D^r O.-L. FOREL, Privat-Docent à l'Université
Prospectus sur demande à l'Administration
Téléphone : Nyon 9.54.41 Adr. télégraphique : RIVAPRANGINS NYON

R. CARRILLO. — Diagnostic iodocentréulographique des affections chirurgicales de la fosse postérieure	322
M. GUEVARA OROPEZ. — Tumeur de l'angle ponto-cérébelleux	323
C. DAVISON et S.-P. GOODHART. — Dystonie musculaire de torsion	323
J. NICOLESKO, O. SAGER et Th. HORNET. — Réflexions à propos d'un cas de myoclonies vélopalatines consécutives à une lésion cérébelleuse droite avec hypertrophie des cellules nerveuses de l'olive bulbaire gauche	323
A. VALENTE. — Forme de transition entre la maladie de Friedreich et l'hérédo-ataxie cérébelleuse	324
L. BABONNEIX. — Maladie de Little et syphilis héréditaire	324
L. BABONNEIX. — Comment se transmet la paralysie infantile	324
LE ROY A. LUCE. — Technique et théorie de la restauration musculaire dans la poliomyélite antérieure	324
M. GONZALES OLACHEA. — Névrite à localisation élective dans les centres végétatifs de la moelle	325
RISER et GÉRAUD. — Nouvelle observation anatomoclinique de sclérose en plaques aiguë.	325
RISER, J. GÉRAUD et S. LAVITRY. — La sclérose en plaques aiguë	325
L. RIMBAUD, RISER et GÉRAUD. — De la sclérose en plaques chez l'enfant	325
CHRYX, MASSIÈRE, PAULY et MORETTI. — Forme pseudo-myélique des tumeurs médullaires	326

M. FAYRE-BACLET et Germaine KORN-ENRIQUEZ. — Myélopathies et radiculites à formes gastro-intestinales (à propos de deux erreurs de diagnostic)	326
L.-D. ESPEJO. — Sur un cas de myasthénie grave. Considérations générales sur les myopathies	326
E. CURTILLET. — Les tumeurs nerveuses du cou	327
T.-T. STONE et E.-I. FALSTEIN. — Chorée de Huntington et méningo-encéphalite syphilitique	327
V. DE LAVERGNE et H. ACCOVER. — La place de la méningite dans les manifestations nerveuses des brucelloses	327
M. MOLHANT. — Les méningites séreuses	327
O. CROUZON et J. CHRISTOPHE. — Monopliés et paralysies dissociées de type périphérique, d'origine corticale	328
J.-A. CHAVANY. — La paralysie faciale « à trigger »	328
D. DEDERUNG et E. JERLAND. — Troubles fonctionnels acoustiques et vestibulaires après trépanotomie temporelle rétroganglionnaire	328
F. TERRIEN. — Hémianopsie double et cécité corticale	328
P. BAILLIART. — La pupille	329
G. STRIESCO et J. ARGENTI LLOVERAS. — Etude sur la tuberculose du système nerveux	329
P. LAGÈRE. — Les crises convulsives de l'anémie aiguë post-hémorragique	330
LÉVY-VALENSI et S. DE SÈZE. — Sur les complications nerveuses au cours de la maladie de Nicolas-Favre	330

(Suite du sommaire page XIV).

SANATORIUM BELLEVUE

du Docteur BINSWANGER



à KREUZLINGEN (Suisse)

(fondé en 1857)

Spécialement organisé pour le traitement des
MALADIES NERVEUSES, MENTALES et des INTOXICATIONS
CURES D'INSULINE

9 villas différentes permettant la séparation complète
des diverses formes de maladies
6 villas séparées pour névroses, états d'épuisement et de convalescence
3 villas séparées pour maladies mentales
4 médecins
Installation hydrothérapeutique très moderne
gymnastique, massage, jardinage, tissage, etc...
Grande ferme modèle

RENSEIGNEMENTS ET PROSPECTUS PAR L'ADMINISTRATION

SAINT-RÉMY

CHALON-SUR-SAONE (S.-&-L.)

Téléphone 316



MAISON DE CURE ET CONVALESCENCE



États neurasthéniques -- Affections du système
nerveux - Psycho-névroses - Désintoxications
-- -- Psychothérapie -- Hydrothérapie -- --
-- 40 chambres -- 15 salles de bains --

NI ALIÉNÉS - NI CONTAGIEUX



Direction administrative : MARC RIFAUX

Direction médicale : Docteur RENÉ VERCIER

ex-interne des Hôpitaux psychiatriques, Chef de clinique
neuro-psychiatrique à la Faculté de Médecine de Paris

Anatomie.

- J. PARIET. — Du rôle et des limites des recherches histopathologiques en médecine et en biologie 330
- C. JAKON et E.-A. PEDACE. — Etude anatomopathologique de la schizophrénie 331
- W.-J.-C. VERHAART. — Les connexions du noyau rouge avec les parties supérieures et inférieures du système nerveux central et son rôle dans la rigidité décérébrée 331
- A. WEIL, E. LIEBERT et G. HEILBRUNN. — Modifications histopathologiques du cerveau dans l'hyperinsulinisme expérimental 332
- R.-M. SIEWART. — Pseudo-hermaphroditisme, adipsité, polyurie et hyperglycémie. Un syndrome infundibulo-inhérent 332
- J. ARANOVICH. — Contribution à la connaissance de la morphologie et de la structure de l'encéphale dans la cyclopie 332
- R.-M. NORMAN. — Un cas d'état marbré du cortex cérébral 332
- V. DIMITRI et M. VICTORIA. — Observation anatomoclinique d'apraxie 333
- J.-O. TIRLLES, L. SUAREZ et MÉNDEZ. — Un cas anatomoclinique de syndrome de Benedikt 333
- W.-E. MAFERI. — Néoplasies méningées 333

Biologie.

- K. SEDLACEK. — L'immunité et le système nerveux 333
- H. WORTIS, S.-B. WORTIS et F.-I. MARSH. — Rôle de la vitamine C dans le métabolisme du tissu nerveux 334

- H. DAVIS. — Interprétation de l'activité électrique du cerveau 334
- H. FREEDMAN. — Variations de la vitesse du courant circulatoire chez les sujets normaux et les schizophrènes 334
- F.-P. MORSCH et J.-W. KERNOHAN. — Hypoglycémies. Etudes neurologiques et neuropathologiques 335
- M. GROSS et G. GROSS-MAY. — Recherches sur la glycémie et la chlorémie chez les schizophrènes en cure insulinique 335
- K. GYARFAS. — Corrélations de l'athétose, de la catatonie et de l'hypoglycémie 335
- A. MASSAZA. — Le mécanisme d'action de la cure insulinique. Les glucides du système nerveux central 336
- E. FULLIGNONI. — Contribution à la connaissance de l'épilepsie expérimentale réflexe par stimuli-lumineux 336
- P. JEWLOWSKI. — La réaction de Donaggio dans l'épilepsie 337
- BARGUES et BETHON. — Variation de la formule leucocytaire au cours de crises convulsives cardiazoliques 337
- DELAVILLE et Th. SIMON. — Recherche et dosage de l'alcool dans le sang et l'urine 337
- C. NIEMIROWICZ-SZCZYTT. — Les modifications de la chronaxie vestibulaire déterminées par l'alcool chez les alcooliques 338
- J. VOTO BERNALES C. — Contribution à l'étude de la régulation nerveuse du sang. Observations hématologiques dans les syndromes aigus cranio-céphaliques 338

(Suite du sommaire page XVIII).

MAISON DE SANTÉ DE BELLEVUE (S.-et-O.)

8, Avenue du 11 Novembre -:- Observatoire 10-62

MÉDECIN-DIRECTEUR : D^r BUSSARD

Maladies
du
Système
nerveux
et de la
Nutrition



Psycho-
névroses
Intoxica-
tions
Convales-
cences

Cet établissement, situé sur le coteau de Bellevue, à proximité du bois de Meudon, est composé de plusieurs pavillons dans un parc. Il offre tout le confort moderne

MÉDICATION SÉDATIVE
du
SYSTÈME NERVEUX

 **GARDÉNAL**
Phényl-éthyl-malonylurée

 **RUTONAL**
Phényl-méthyl-malonylurée

 **SONÉRYL**
Butyl-éthyl-malonylurée

UNE GAMME D'HYPNOTIQUES
SPECIA

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE **SPECIA** MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHÔNE

21, RUE JEAN GOUJON-PARIS-8^e

O.BETTE
TEAU

LABORATOIRES AMIDO

A. BEAUGONIN, Pharmacien

4, Place des Vosges, 4 — PARIS, 4^e Arr^t

AMIDAL

Poudre — Comprimés — Cachets — Dragées

Deux à quatre cuillerées à café,
ou quatre à huit comprimés, dragées
ou cachets par jour

Entérites aiguës et chroniques.
Entéro colites. Dysenterie.
Toutes les Diarrhées.
La constipation spasmodique.

VITAMYL IRRADIÉ

Extrait concentré de vitamines A, B, et C.

Ergostérol irradié

Une cuillerée à café
avant chacun des trois repas.

Carences et Pré-carences.
Rachitisme.
Déméralisation.
Troubles de la Croissance

GÉNÉSÉRINE

POLONOVSKI et NITZBERG

Deux à trois granules ou dragées ou 20 à 30
gouttes à chacun des trois repas ou une ampoule
injectable chaque jour pendant 10 jours.

Hypo-acidité gastrique.
Syndrome solaire.
Dyspepsie atonique.
Palpitations et Tachycardie
des cœurs nerveux.

GÉNATROPINE

POLONOVSKI et NITZBERG

1 granules, ou 20 gouttes, 1 à 3 fois par jour,
entre les repas de préférence.
1 ampoule injectable par jour.

Hyperchlorydrie.
Spasmes digestifs — Vomissements.
Coliques — Diarrhées.

GÉNOSCOPOLAMINE

POLONOVSKI et NITZBERG

4 à 8 granules, ou 40 à 80 gouttes par jour,
en 1 ou 3 prises, 1 ampoule par jour.

Maladie de Parkinson.
Syndromes post-encéphalitiques.
Anesthésie chirurgicale ou obstétricale.

GÉNHYOSCYAMINE

POLONOVSKI et NITZBERG

2 granules, ou 20 gouttes, 1 à 3 fois par jour
entre les repas de préférence.
1 ampoule par jour.

Spasmes digestifs.
Tremblements.
Syndromes parkinsoniens.
Sueurs des tuberculeux.

GÉNOSTRYCHINE

POLONOVSKI et NITZBERG

ou

Ampoules — Goutte — Granules

GÉNOSTHÉNIQUES

Caecodylate de Génostrychine et de Gènesérine.

1 granules, ou 20 gouttes à chacun des trois repas.
1 ampoule injectable chaque jour.

Asthénie.
Neurasthénie — Surmenage.
Anémie — Convalescence.
Paralysies atoniques.

GENOMORPHINE

POLONOVSKI et NITZBERG

En comprimés dosés à 1 Cgrs (1 à 3 fois
par jour) ou en ampoules injectables
dosées à 4 Cgrs.

La Douleur.
L'Anxiété — l'Agitation.
Les Dyspnées spasmodiques.
La Démorphinisation.

ÉCHANTILLONS MÉDICAUX SUR DEMANDE



CLINIQUE MÉDICALE DE FONTENAY-S.-BOIS

(Seine)

6, Avenue des Marronniers — Tél. : Tremblay 12-87

Médecin-Directeur :

Docteur G. COLLET, Ancien interne des Asiles de la Seine

TRAITEMENT DES MALADIES NERVEUSES

ISOLEMENT — PSYCHOTHÉRAPIE — RÉGIMES — HYDROTHÉRAPIE
ÉLECTROTHÉRAPIE

ÉTABLISSEMENT SITUÉ EN BORDURE DU BOIS DE VINCENNES — PARC
PAVILLONS SPÉCIAUX POUR DAMES ET JEUNES FILLES

MAISON de REPOS pour PERSONNES AGÉES et pour CONVALESCENTS
MOYENS DE COMMUNICATIONS FACILES AVEC PARIS

Chemin de fer de Vincennes, Place de la Bastille, à Paris
Autobus n° 122 au Château de Vincennes (Station du Métro).

ÉTABLISSEMENT HYDROTHÉRAPIQUE

ET

MAISON DE CONVALESCENCE

Docteur J.-B. BUVAT et Docteur G. VILLEY-DESMESERETS

Anciens Internes des Asiles de la Seine

Médecins-Directeurs

VILLA MONTSOURIS

130, rue de la Glacière

PARIS

Téléphone : Gobel. 05-40

MARDI, VENDREDI

2 à 5

CHATEAU de l'ABBAYE

VIRY-CHATILLON

(S.-et-O.)

Téléphone : Juvisy 76

PARC : Huit Hectares

TRAITEMENT DES MALADIES
NERVEUSES ET DES TOXICOMANIES

— PRIX MODÉRÉS —

M.-A. TCHARISSOW, N.-M. WOLFSON et D.-N. ARUTJUNOW. — Modifications biochimiques du sang dans l'émotion	338
S. SCHRIJVER-HERTZBERGER. — Les corrélations colloïdales dans le plasma des schizophrènes	339
G. SOGLIANI. — Recherches sur la propriété catatonigène dans le sérum sanguin et le liquide céphalo-rachidien humain	339
R. LERICHE et A. JUNG. — Recherches sur la cérébrostimuline de Popa. Du pouvoir excitant du liquide céphalo-rachidien sur le cerveau	340
DELAVILLE. — L'examen biologique du liquide céphalo-rachidien	340
N. SAVITSKY et M.-M. KESSLER. — L'index d'Ayala	340
Z. ESMERALDO. — Syphilis nerveuse inapparente, spécialement à la période secondaire	341
A. ORTEGA IRAGOYRI. — La réaction du charbon colloïdal dans le liquide céphalo-rachidien	341
M.-W. THORNER. — Structure psychologique de la catatonie. Essai psychopharmacologique au moyen de l'amylal sodique	341

Endocrinologie.

Ch. CHAMPY. — Les hormones ambosexuelles	342
M. HAMBURGUE et R. COURTIN. — Syndromes psychique et infundibulaire par hyperfolliculisme	342
R. WEISMAUN-NEITER. — Etude critique du syndrome de Cushing	343
W.-S. MACLAY et A.-B. STOKES. — Troubles mentaux dans le syndrome de Cushing	343
Ph. PAGNIEZ. — Anorexie mentale et hypophyse	343

G. ROUSSY et M. MORINGER. — Le complexe épithalamo-épiphysaire	344
L. CORNIL. — La dystrophie adipo-génitale (syndrome de Babinski-Fröhlich)	344
L. CORNIL et M. SCHACHTER-NANCY. — La maigreur constitutionnelle	345

Hygiène et prophylaxie.

J. DE CASTRO et I. SILVA. — Résistance dentaire et facteur racial	345
L. VERVAECK. — Une consultation de prophylaxie criminelle	345
L. CUSTODIO-MUÑOZ. — Hygiène mentale de la sexualité	346
II. DINDER. — Recherches psychiatriques sur les suites de la stérilisation chirurgicale de la femme par la résection partielle des trompes	346
A. ZOLLIKER. — Les examens en vue de l'appréciation de l'aptitude à la grossesse, pratiqués à la polyclinique neuropsychiatrique universitaire de Zurich en 1933 et 1934 (1.500 cas)	347
S. RAMIREZ MORENO. — Influence de la Presse sur l'hygiène mentale	347
MAZEL et NAUSSAC. — L'examen médical en orientation professionnelle	347
Mlle SCHIN et R. TARGOWIA. — Une enquête médico-sociale sur les jeunes chômeurs à Paris	348
A. FEIL. — Intoxication par le manganèse. Le manganisme professionnel	348
G. RAMON. — L'anatoxine létanique et la prophylaxie du tétanos chez l'homme et chez les animaux domestiques	348

(Suite du sommaire, page XIX).

" LES BERGES DU LÉMAN "

à VEVEY (Suisse)

Traitement des affections nerveuses

Cures de repos et de convalescence

Traitement spécial des psychonévroses

Situation exceptionnelle -- Vue étendue -- Grand parc -- Tout confort

Médecin-Directeur : Docteur M. GUILLÉREY (Cabinet de consultations à Lausanne : Grand-Chêne, 2, lundi et jeudi sur rendez-vous. Téléphone 32.434). — Médecin-Adjoint : Docteur R. DUBY, un Médecin-Assistant. Téléphone : Vevey 52.008 ; Adresse télégraphique : Berges Vevey.

Renseignements et prospectus auprès de la direction médicale

Assistance.

- E. PERNAMBUCO — Proc. des méthodes d'assistance des maladies mentales 349
 N.-A. DAYTON. — Ce que l'Etat de Massachusetts fait pour ses arriérés 349
 G. KANNER. — La mise en liberté des arriérés et ses conséquences 350
 H. SIMON. — L'organisation et le fonctionnement de l'Hôpital Henri-Rousselle, centre de prophylaxie mentale et service ouvert pour malades mentaux 350
 BOU, CLOUET et BERTHOUD. — Construction d'un établissement psychiatrique à Eupen 350
 J. LAZARU. — La loi Roustau, texte et jurisprudence 351
 Statut et mode de recrutement des médecins psychiâtres en Algérie 351
 CAVATTON et LÉCLAIRCHÉ. — Les problèmes sanitaires posés par l'exode en France des réfugiés espagnols 351
 J. MÜN DE AYALA. — La loi des aliénés en Uruguay 352

Thérapeutique.

- E. KAHN. — La réadaptation et ses limites 352
 P. SCHLICKER. — Effets psychologiques du sulfate de benzédrine 352
 J. R. GRAHAM et H.-G. WOLFF. — Mécanisme de la cephalée migraineuse et action du tartrate d'ergotamine 353
 J. KAHN et Ch.-V. TAYLOR. — L'usage du bieu de méthylène intraveineux dans les états convulsifs 353

- Mlle SEARS. — A propos d'un traitement des épilepsies 354
 H.-J. LENTON. — Amélioration de l'état physique et mental après traitement des maladies intestinales chroniques 354
 L.-C. GROSS. — L'insuline dans le traitement de la manie aiguë 354
 H. HALL. — L'insuline et l'insuline dans le traitement de la schizophrénie et des autres maladies mentales 354
 G.-W.-B. JAMES, R. FRIEDENBERG et A. TANDY-LANSON. — Une année d'expérience de la thérapeutique insulinaire dans la schizophrénie 354
 L.-C. COOK. — Thérapeutique convulsivante par le cardiazol dans la schizophrénie 355
 W. SARGANT, R. FRASER et M.-A.-B. BRAZIER. — L'angle d'impédance et ses rapports avec le traitement thyroïdien dans les troubles mentaux 355
 H. PAILLARD, Madeleine-H. PAILLARD et Denise VILLAIN. — Maladie d'Addison fruste ; taches caféées d'une surrénale. Amélioration considérable par le traitement 356
 GILBERT-DUCYRUS. — Opothérapie lutéinique et folliculothérapie massive thyrophysiologique dans certains troubles post-ménopausiques 356
 R.-E. CARRATAU. — Traitement de l'alcoolisme expérimental 356
 H. WORTIS, S.-B. WORTIS et L.-I. MARSH. — L'usage de la vitamine C chez les alcooliques 356
 C. BORIES. — Considérations sur les indications et la technique opératoire de l'extirpation du ganglion sternal 356
 J. COSBY. — Traitement de la chorée 357

(Suite du sommaire, page XX).

III

CHATEAU DE PREVILLE

Tél. 52 ORTHEZ (Basses-Pyrénées)



Dr Marcel DHERS

Climat toni-sédatif

MAISON
de Traitements
de Repos
de Régimes

Affections nerveuses
Intoxications
Convalescences

III

Installation luxueuse et plaisante sur les bords du Gave au milieu
-- d'un parc de douze hectares à proximité de Pau et Biarritz --
Rayons X — Electrothérapie — Hydrothérapie — Psychothérapie

Z. ESMEERALDO. — Autohémothérapie sous-occipitale dans la chorée de Sydenham	357
S. DE SÈZE, I. LIPICHUTZ et J. SÉRANE. — Disparition du signe d'Argyll-Robertson chez un paralytique général traité par l'impaludation et le stovarsol	357
A. SÉZARY. — Le traitement mixte conjugué arséno-bismuthique dans la syphilis	357
M.-F. BOYD, W.-K. STRATMAN-THOMAS, S.-F. KITCHEN et W.-H. KUPPER. — Résultats de l'emploi de la malarithérapie dans le traitement de la neurosyphilis au Florida State Hospital	358
FAVORY. — Traitement de la syphilis oculaire par la pyrétothérapie	358
L.-B. ANSALDI. — Traitement endocérébral des manifestations toxiques de la syphilis encéphalique par l'antitoxine tétanique	358

G. RAMON. — Sur de nouvelles méthodes de lutte contre le tétanos	358
R. FONTAINE. — Le traitement chirurgical des spasmes vasculaires	359

Médecine légale.

PATHALIT. — Accidents et Neurologie, Collaboration du neurologue et du chirurgien dans le diagnostic, le traitement et l'expertise	359
L. VERVAECK. — L'étude de la personnalité du délinquant	360
J. ENDARA. — Psychodiagnostic de Rorschach et délinquance	361
G. AGUIRRO-CORREA. — Aspects de la délinquance féminine au Chili	361

VARIÉTÉS

Société Médico-Psychologique :

Séances	362
Légion d'honneur	362

Hôpitaux psychiatriques :

Honorariat	363
Nominations	363
Poste vacant	363

Association amicale des médecins des hôpitaux psychiatriques	363
--	-----

Hygiène et Prophylaxie :

La lutte contre l'alcoolisme. Texte du vœu émis par l'Académie de Médecine	367
--	-----

Assistance :

Conseil Supérieur de l'Assistance publique	36
Nécrologie	368

INFORMATIONS

Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française (XLIII^e session, Montpellier, 21-26 septembre 1939)

XIV^e Session de l'Association Internationale pour la Protection de l'Enfance (Rome, 9-11 octobre 1939)

Epilepsie

ALEPSAL

simple, sûr, sans danger

Echantillons & Littérature
LABORATOIRES GÉNÉVRIER 2 Rue du Débarcadère PARIS

INFORMATIONS

CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES de France et des Pays de langue française

XLIII^e Session, Montpellier (21-26 septembre 1939)

BUREAU DE LA XLIII^e SESSION

Président : P^r H. ROGER (de Marseille).

Vice-Président : P^r A. POROT (d'Alger).

Secrétaire général : P^r P. COMBEMALE (de Baillenc).

Trésorier : D^r VIGNAUD (de Paris).

Secrétaire local : D^r P. HUARES (de Montpellier).

PROGRAMME DES TRAVAUX ET EXCURSIONS

JEUDI 21 SEPTEMBRE 1939

9 h. 12. — SÉANCE SOLENNELLE D'OUVERTURE sous la présidence de M. le Préfet de l'Hérault. Salle des Actes de la Faculté de Médecine (rue de l'Ecole de Médecine).

Le Secrétariat du Congrès sera ouvert à partir de 9 h. (salle Jaulme, entrée par le bd Henri-IV).

Pour se rendre à la Faculté de Médecine (distance, 900 m. de la place), prendre de la gare ou de la place de la Comédie les trams : Octroi de Palavas-Tout d'Arcelle ou Champ de Manœuvres-Hôpital Suburbain.

11 h. — PREMIER RAPPORT. — PSYCHIATRIE.

Les maladies mentales, par le D^r Albert CHAUMIEUX, Ancien Chef de Clinique à la Faculté de Médecine de Marseille.

Amphithéâtre N° 2 de la Faculté de Médecine (Entrée boulevard Henri-IV).

17 h. — Départ pour la Source Perrier, à Vergèze et Réception par la Direction de la Source.

(Des cars stationneront devant la Faculté. Transport offert par le Comité local).

21 h. — Réception par M. le Doyen et MM. les Professeurs de la Faculté de Médecine de Montpellier.

Visite de la Faculté. — Exposition à la Bibliothèque. — Représentation, dans la Cour de la Faculté, d'une *Comédie Médiévale* ou d'un *Mystère* par la Compagnie animée sous la direction de M. PRINGET, Bibliothécaire en Chef de l'Université. (Tenue de soirée).

(A suivre, page d'annonces XXII).

VENDREDI 22 SEPTEMBRE 1939

9 h. — DEUXIÈME RAPPORT. — NEUROLOGIE.

Les problèmes neurologiques et psychiatriques immédiats et tardifs des traumatismes crâniens, par le D^r Paul SCHMITE (In memoriam) et M. le D^r Jean SIGWALD, Ancien Chef de Clinique à la Faculté de Médecine de Paris.

(Amphithéâtre N° 2 de la Faculté de Médecine).

Excursion

11 h. — Départ pour Marseillan. (Les cars stationneront devant la Faculté de Médecine).

12 h. 15. — *Visite* de Chaix et de la Coopérative de Marseillan.

13 h. — *Déjeuner languedocien* à Marseillan.

15 h. — Départ pour Sète par la Route de la Mer. — Visite des Salines et des Caves du Salins du Midi. — Mont St-Clair. — Cimetière Marin.

18 h. — Départ pour Montpellier, où l'on arrivera vers 19 h.

(Transport : 20 fr. par personne. — Repas offert par le Congrès).

(A suivre, page d'annonces XXIII).

**LE CASTEL
D'ANDORTE**
- 342, Route du Médoc -
LE BOUSCAT, près Bordeaux
- Téléphone : BORDEAUX 836-30 -
**MALADIES MENTALES
ET NERVEUSES**
- Médecin-Directeur :
Docteur Pierre CHARON -

SAMEDI 24 SEPTEMBRE 1939

9 h. 30. — *Assemblée générale du Congrès.* (Amphithéâtre N° 2).

(L'Assemblée générale sera précédée à 8 h. 15 de l'Assemblée générale de l'Association Amicale des Etablissements Publics d'Aliénés de France).

10 h. — Départ en car de la Faculté de Médecine pour l'Hôpital Général. (Transport offert par le Comité local).

10 h. 15. — *Inauguration du nouveau Service de Neurologie.* — Visite des Services Hospitaliers et Psychiatriques.

Réception par la Direction de la Maison de Santé Beech.

14 h. 15. — *Séance de communications* (Amphithéâtre N° 2 de la Faculté de Médecine).

17 h. — *Visite du Musée* et Exposition du legs Cavalé.

18 h. 30. — *Réception* par M. le Maire de Montpellier et les membres de la Municipalité au Foyer du Théâtre. (Entrée par la Grande Porte : Place de la Comédie).

21 h. — *Soirée offerte par le Président et les membres du Congrès.* Cité Universitaire, rue Gustave, aux Arceaux.

Tenue de soirée.

(A suivre, page d'annonces XXIV).

CHATEAU DU BEL-AIR

VILLENEUVE-St-GEORGES, 15 minutes de Paris

65 trains par jour dans chaque sens

Voitures à la gare de Villeneuve-St-Georges : Trajet en 3 minutes

PARC
de 8 hectares
à
flanc de coteau
au midi

Confort Moderne

CHAMBRES
avec
Salles de bains
privées



Cures de Repos
Convalescences
Régimes
Désintoxications
Psychothérapie
Héliothérapie
Malariathérapie

MÉDECINS
SPÉCIALISTES
résidant
au Château

D^r H. MEURIOT & REVAULT D'ALLONNES

Ancienne Maison de Santé fondée par le D^r Blanche à Passy

Téléphone 244 à Villeneuve-St-Georges

PRIX MODÉRÉS. — NOTICES ILLUSTRÉES SUR DEMANDE

DIMANCHE 24 SEPTEMBRE

Excursion dans les Cévennes

9 h. 15. — Départ des cars qui stationneront rue Maguelone.
La Grotte des Demoiselles. — Vallée et Gorges de l'Hérault. — Vallée et Gorges de la Vis. — Cirque de Navacelles. — Ganges.
Déjeuner cévenol à l'Escoutel.
Descente d'Arboras-St-Guilhem du Désert. Retour à Montpellier vers 19 heures.
(Prix : transport en auto-car, 50 fr. par personne ; repas à l'Escoutel, offert par le Congrès.)

LUNDI 25 SEPTEMBRE 1939

9 h. 15. — TROISIÈME RAPPORT. — MÉDECINE LÉGALE.
Des conditions de sortie des aliénés délinquants et criminels internés, par le Dr Pierre LÉCULIEN, Médecin-Chef des Hôpitaux Psychiatriques.
(Amphithéâtre N° 2 de la Faculté de Médecine).
14 h. 15. — *Séance de communications* (Amphithéâtre N° 2 de la Faculté de Médecine).
16 h. 15. — *Départ en car pour Maguelone.* Des cars stationneront devant la Faculté de Médecine. (Transport offert par le Comité local).
Visite de l'île et de la Cathédrale sous la direction de M. le P^e THOMAS, de la Faculté des Lettres.
19 h. 30. — *Banquet* offert par le Comité local (Terrasse du Casino de Palavas).

(A suivre, page d'annonces XXV).

MAISON DE SANTÉ

161, rue de Charonne -- PARIS-XI^e

Téléphone : ROQUETTE 05-05

Traitement des maladies mentales et nerveuses des deux sexes

Grand parc de 2 hectares en plein Paris

Pavillons et jardins séparés

Directeur : le D^r CL. VURPAS

Médecin de La Salpêtrière

Les familles sont reçues tous les jours de 2 heures à 5 heures

MARDI 26 SEPTEMBRE 1939

Excursion à Lamalou-les-Bains

9 h. — Départ des cars pour Lamalou-les-Bains (par Clermont-l'Hérault).
Les cars stationneront rue Maguelone.

10 h. — Traversée du Cirque de Mourèze.

11 h. — Réception par la Municipalité et le Conseil d'Administration de
Lamalou-les-Bains.

11 h. 15. — *Séance de communications* (Salle des Fêtes du Casino Municipal).

12 h. 15. — *Visite de la Station et d'un Etablissement de Rééducation.*

13 h. — Déjeuner offert par la Station.

15 h. 30. — Excursion à la Forêt des Ecrivains Anciens Combattants.

17 h. — Départ des cars pour Montpellier, où l'on arrivera vers 19 h. 30.

Prix du transport : 30 fr. par personne.

(A suivre, page d'annonces XXVI).

VILLA PENTHIÈVRE

==== *Maison de Santé et de Convalescence* ====

SCEAUX (Seine)

— TÉLÉPH. 12 —

PSYCHOSES — NÉVROSES



Médecin-Directeur : Dr BONHOMME, Ancien Interne des Asiles de la Seine
Médecin assistant : Dr CODET, Ancien Chef de Clinique de la Faculté

EXCURSIONS APRES LE CONGRES

Différentes excursions seront mises à la disposition des Congressistes par l'Agence Exprinter :

Circuit n° 1 : Montpellier, Nîmes, Les Saintes-Maries de la Mer, Arles, Abbaye de Montmajour, Les Baux, Avignon, Pont-du-Gard, Béziers, Narbonne, Carcassonne, Montpellier (27-29 septembre. Prix par personne : 560 francs).

Circuit n° 2 : Les Gorges du Tarn (27-29 septembre. Prix par personne : 500 francs).

Logement à Montpellier

Les Congressistes désirant réserver leur chambre à Montpellier doivent s'adresser directement au gérant de l'hôtel choisi par eux, à moins qu'ils ne préfèrent utiliser le forfait proposé par les voyages Duchemin-Exprinter. Dans ce cas, ils doivent s'adresser directement à cette Agence.

On trouvera dans le programme officiel du Congrès toutes indications utiles.

La Cité Universitaire réserve quelques chambres, au tarif de 7 fr. 50 par jour aux Etudiants en Médecine. S'inscrire auprès du D^r HUGUES (Font d'Au-
relle-Montpellier). Justifier sa qualité d'Universitaire en présentant sa carte d'Etudiant.

(A suivre, page d'annonces XXVII).



VILLA LUNIER à BLOIS (Loir-et-Cher)

consacrée au traitement des maladies mentales

Fondé en 1860 par l'éminent D^r LUNIER cet établissement sis sur un plateau salubre à la périphérie de la ville à 1.500 mètres de la gare, se trouve au milieu d'un parc magnifique de 11 hectares ; il comporte toutes les commodités modernes et les divers moyens de traitement ; un laboratoire bien outillé permet tous les examens biologiques nécessaires.

La direction et le service médical sont assurés par deux médecins en chef des Hôpitaux psychiatriques assistés d'internes, de religieuses, d'infirmiers et d'infirmières laïques.

Le prix de pension varie de 920 fr. par mois à 1.320 fr. selon les classes.
Le prix des pavillons particuliers oscille entre 2.500 f. et 4.800 fr.

~~~~~  
TÉLÉPHONE : 2-82  
~~~~~

**POUR PLUS AMPLES RENSEIGNEMENTS,
DEMANDER LE PROSPECTUS DÉTAILLÉ.**

Transport

La Société Nationale des Chemins de Fer Français, tenant compte du caractère du Congrès, a bien voulu accorder aux Congressistes Français et Etrangers, régulièrement inscrits, ainsi qu'à leur femme, enfants mineurs et filles non mariées les accompagnant, une réduction de 40 0/0 pour se rendre au Congrès. La validité des billets a été fixée du 17 septembre au 1^{er} octobre.

Inscriptions

Adhésions. La cotisation des membres adhérents à la XIII^e Session est de cent francs. Trésorier, Dr VIOGAT, 4, avenue d'Orléans, Paris (14^e), c/c postal : 456-30 Paris. Les membres associés, comprenant les personnes de la famille des membres titulaires ou des membres adhérents, versent une cotisation de soixante francs.

La cotisation des membres titulaires de l'Association les dispense de cotisation à la session annuelle.

Pour s'inscrire à la discussion des rapports ou présenter des communications, et pour tous renseignements, s'adresser au P. P. COMBEMALE, Secrétaire général, route d'Ypres, à Baillou (Nord).

(A suivre, page d'annonces XXVIII).

MAISON DE SANTÉ D'ÉPINAY-SUR-SEINE

(Fondée par le Dr Tarrius)

6, Avenue de la République, EPINAY-sur-SEINE

Téléphone : 68 St-Denis



Maladies mentales et nerveuses des deux sexes
Désintoxications - Cures de repos - Hydrothérapie - Electrothérapie
Rayons ultra-violets

PAVILLONS SÉPARÉS ET VILLAS PARTICULIÈRES

très confortables au milieu d'un parc de 15 hectares

CHAUFFAGE CENTRAL -- ELECTRICITÉ -- CHAPELLE

*L'établissement est largement ouvert à tous les Médecins
qui peuvent continuer d'y traiter leurs malades*

Moyens de communication : Tramway n° 54, Place de la Trinité-Enghien (s'arrête devant l'Etablissement). — Chemin de fer gare du Nord, trajet en 10 minutes. — Automobiles, route d'Enghien, 7 kilomètres de Paris.

XIV^e SESSION
DE L'ASSOCIATION INTERNATIONALE
POUR LA PROTECTION DE L'ENFANCE

(Rome, 9-14 octobre 1939)

QUESTIONS A L'ORDRE DU JOUR

Section médicale : La prophylaxie antituberculeuse chez les enfants prédisposés.

Section juridique : La protection juridique et administrative des mineurs en danger moral.

Section sociale : L'orientation professionnelle des mineurs, en relation avec l'économie générale du pays.

Les travaux du Congrès auront lieu du 9 au 11 octobre. Des visites et des excursions seront organisées du 12 au 14 octobre.

Le programme sera envoyé à toute personne qui en fera la demande, au *Secrétariat Général*, 67, avenue de la Toison-d'Or, à Bruxelles.

NEUROBORE PUR

Solution inaltérable de tartrate borico-potassique pur
1 gr. par cuillerée à café

SPÉCIFIQUE DES AFFECTIONS NERVEUSES

Pas d'Acné — Pas de troubles gastro-intestinaux — Pas de dépression cardiaque

NEUROBORE -G- ASSOCIÉ

Tartrate borico-potassique + Phénylethyl-malonylurée + Correctif
en cachets solubles

MÉDICATION D'ATTAQUE

des Affections nerveuses graves, des Insomnies rebelles

CANTÉÏNE

BOUTEILLE

(Crataegus -- Passiflore -- Hamamélis -- Salix alba)
Érèthisme cardiaque - Neurasthénie - Mélancolie - Déprimés
-- Troubles circulatoires et troubles nerveux consécutifs --

Echantillon gratuit sur demande

Laboratoire E. BOUTEILLE, 23, rue des Moines, PARIS (17^e)

SOMMAIRE DU N° 3 (tome II), OCTOBRE 1939

MÉMOIRES ORIGINAUX

P. COURBON. — L'Œuvre de Charles Blondel.....	385
J. BURSTIN. — Pensée affective et psychopathologie.....	382
P. OSTANOW. — De la « schizophrénie », la « cyclophrénie » et la para- phrénie »	404

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

<i>Séance du lundi 23 octobre 1939</i>	Décès du Docteur Lwoff	418
Adoption du procès-verbal	Décès du Docteur Paul Camus	418
Correspondance	LAIGNEL-LAVASTINE. — Discours inédit de	

(Suite du sommaire, page II).

CHATEAU

DIRECTEUR : D^r Gaston MAILLARD
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Médecin de Bicêtre et de la Salpêtrière
Médecin-adjoint : D^r Charles GRIMBERT

— MAISON DE SANTÉ MODERNE —
POUR DAMES ET JEUNES FILLES

DE

L'HAY-LES-ROSES



INSTALLATION
DE
PREMIER ORDRE
Notice sur demande
2, rue Dispan
L'HAY-
LES-ROSES
(SEINE)
TÉLÉPHONE : 5

AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX
- CURES DE DÉSINTOXICATION -
- DE REPOS ET DE RÉGIMES -

Gerdy à la présidence de la Société Médico-psychologique	419
E. MINKOWSKI. — Hommage à la mémoire du professeur Bleuler	420
H. CODET. — L'œuvre de S. Freud. Esquisse	

critique	424
LAIGNEL-LAVASTINE et H. MIGNOT. — Délire interprétatif et imaginaire à début cénesthésique et à extension religieuse chez une malformée. Discussion : M. Heuyer. .	428

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

Psychiatrie.

L. MARCHAND. — Maladies mentales. Etudes anatomo-biologiques	435
LÉVY-VALENT. — Précis de psychiatrie ...	436
G. RYLANDER. — Modifications de la personnalité consécutives aux opérations sur les lobes frontaux	437

Neurologie.

G. GUÉRAIN. — Etudes neurologiques ...	438
--	-----

Biologie.

P. COMBESALÉ. — Le rôle de la technique dans les progrès de la physiologie	439
--	-----

JOURNAUX ET REVUES

Psychiatrie.

A. POROT et J. SUTTER. — Le primitivisme des indigènes nord-africains	440
B. TONR. — Le phénomène du « déjà vu »	440

(Suite du sommaire page IV).

MAISON DE SANTÉ

— D'IVRY-SUR-SEINE —

23, Rue de la Mairie à IVRY

Téléphone : Gob. 01.67

MALADIES MENTALES & NERVEUSES

NOMBREUX PAVILLONS
DANS UN PARC DE 12 HECTARES

Médecin-Directeur : Docteur A. DELMAS

Ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin-adjoint : Docteur P. DELMAS

CHATEAU DE SURESNES

Téléphone : SURESNES 2.88

Maison
de Santé
de Repos
de Régimes

FONDÉE PAR

M. le D^r MAGNAN

Membre de
l'Académie de Médecine



Le Château

La Maison de Santé du Château de Suresnes est située à la Porte de Paris (sortie du Bois de Boulogne), dans un grand parc.

Remise à neuf et embellie depuis la guerre, la maison reçoit, dans des parties distinctes (château et pavillons dispersés dans la verdure du parc), des convalescents, neurasthéniques, nerveux, intoxiqués ou psychopathes.

Château et pavillons réunissent toutes les conditions les meilleures d'hygiène et de bien-être (chauffage central, eau chaude, électricité, eau de source), etc.

Les personnes qui y séjournent peuvent y disposer à leur gré d'une chambre meublée avec luxe, d'un cabinet de toilette, d'un salon, d'une salle de bains, etc.

Les Médecins de la Maison de Santé et leurs familles prennent leurs repas avec les pensionnaires qui désirent fréquenter la salle à manger.

La Maison est largement ouverte à Messieurs les Médecins, qui peuvent ainsi continuer à suivre leurs malades.

HYDROTHÉRAPIE - ÉLECTROTHÉRAPIE

MÉDECINS DIRECTEURS :

D^r FILLASSIER O. * D^r DURAND-SALADIN

NOTICE SUR DEMANDE

Communications : Tramway du Val d'Or à la Porte Maillot

P. FRENKEL et M. MASLANKA. — Psychoses endogènes chez l'enfant	411	L. RIMBAUD et H. SERRE. — Le diagnostic des hémorragies méningées	441
V. STRYJENSKI. — Les états dépressifs de l'âge avancé	411	A.-F. WALKER et J.-F. FULTON. — Hémidécortication chez le chimpanzé, le babouin, le macaque, le potto, le chat et le coati	411
J. ROMANO et W. EVANS. — Psychose symptomatique d'un cas d'anémie secondaire	411	M. TEULIÈRES. — Les névrites optiques d'origine sinusienne	411
D. SCHASKAN. — Troubles mentaux dans la chorée de Sydenham	412	A. SÉZARY. — La pathogénie du zona	415
T.-J. PUTNAM et T.-J.-C. von STORCK. — L'encéphalographie dans les cas d'athétose et les troubles analogues	412	Anatomie.	
M.-L. BARONNEIX. — Étiologie générale de l'épilepsie essentielle	412	H.-W. MAGOUN, S.-W. HANSON et A. HETHERINGTON. — Connexions descendantes de l'hypothalamus	415
V. DIMITRI et F.-M. CHA. — Parkinsonisme traumatique	413	V. DIMITRI et C. ALEX. — Tumeur surrénale avec métastases pulmonaire et cérébrale	415
A. GORDON. — Hémorragie ventriculaire primitive	413	Biologie.	
B.-A. GROFF. — Tumeurs du tuberculum sellae	413	L. ALEXANDER, M. RIJOAN, P.-G. SCHYBE et M. MOORE. — Le taux d'acide vitaminique C du plasma sanguin dans les psychoses alcooliques	416
J. PEREYRA KÄREN. — Sur un signe ophtalmoscopique d'hypertension endocrinienne	414		

(Suite du sommaire, page VI).

CHATEAU DES COUDRAIES

Ancienne Institution d'Eaubonne (fondée en 1847)

Magnifique Parc de 5 hectares, adossé à la forêt de Sénart. Très belle vue sur la vallée de la Seine. Très grand confort. Eau courante, chaude et froide, dans toutes les chambres, électricité, chauffage central, installation hydrothérapique complète. Rayons U. V. Jardinage. Horticulture. Potagers de 20.000 m². Tennis.



PRIX DE PENSION A PARTIR DE 1000 FR. PAR MOIS

ÉTIOLLES (S.-&-O.)

ENFANTS ET JEUNES GENS ARRIÉRÉS

Éducation et Traitement
des déficients intellectuels
à tous les degrés

DIRECTEURS

D^{rs} M. et J. de CHABERT
de 2 à 5 heures
sauf jeudis et dimanches
25 km. de PARIS
gare Evry-Petit-Bourg (P.-L.-M.)
Arrêt des autocars Citroën
27 - 28 - 29 : Dép. de Paris,
pl. Denfert-Rochereau
Tél. Corbeil 226

VILLA DES PAGES

LE VÉSINET (S.-et-O.)

40, Avenue Horace Vernet

TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES
ET DES MALADIES DE LA NUTRITION

REPOS, CONVALESCENCES, RÉGIMES

Cures de désintoxication

Psychothérapie, Rééducation, Physiothérapie



*12 chalets pourvus du confort moderne
disséminés dans un parc de 5 hectares.
Chambres ou appartements à plusieurs pièces*

La clinique est entièrement ouverte aux Médecins
qui peuvent ainsi conserver la direction de leurs malades

Médecins directeurs : Docteurs LEULIER, MIGNON, CASALIS

Médecin assistant : Docteur LECLERCQ

Téléphone : LE VÉSINET 12

A.-D. HIRSCHFELDER et V.-G. HAURY. — Variations du magnésium et du potassium associées à l'épilepsie essentielle	446
M. GROSS et G. GROSS-MAY. — Recherches sur la glycémie et la chlorémie chez les schizophrènes en cure insulinaire	446
S. HRYNIEWICZ et Mme W. SWIETKOWSKA. — La teneur en alcool dans le sang et le liquide céphalo-rachidien dans les affections neurologiques et psychiques	446
D. WRIGHT, D. BOND et J. HUGHES. — Diminution de la pression du liquide céphalo-rachidien par le sérum concentré lyophile	447
E.-I. STRONGIN et E. HINSIE. — Taux sécrétoire de la parotide chez les schizophrènes	447
M. GOMES. — Biotypologie féminine	447

Endocrinologie.

H. BARUK. — De quelques psychoses endocrinien- nes. Folliculine et troubles mentaux.....	448
---	-----

J. LASSEIRE. — D'Hippocrate au Néo-Hippocrati- sme	448
---	-----

Thérapeutique.

C.-O. CHENEY et P.-H. DREWRY. — Résultats du traitement non-spécifique dans la démence pré- coce	448
L.-C. COOK et W. GREY WALTER. — L'électro-encé- phalogramme dans les convulsions produites par le cardiazol	449
J. LANKOSZ et H. WEBER. — L'électrocardiogram- me au cours du traitement par le cardiazol	449
R.-M. BELL et P.-C. TALKINGTON. — Valeur de l'hydrothérapie dans le delirium tremens	449
J.-G. MUSSIO-FOURNIER et F. RAWAK. — Action thérapeutique de la vitamine B dans la myé- lose funiculaire de l'anémie pernicleuse.	450
M. PERRAULT. Les indications thérapeutiques de l'hormone dite mâle (propionate de testoté- rone) chez la femme	450

(Suite du sommaire, page VIII)



CHATEAU DE SAUMERY

CLINIQUE MEDICALE DU CENTRE
HUISSIEU-sur-COSSON (Loir-et-Cher)
12 km de BLOIS — 4 km de CHAMBORD

TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES
MISE EN ŒUVRE DES THÉRAPEUTIQUES LES PLUS MODERNES
(Contrôle de laboratoire)

Magnifique demeure historique
dotée de tout le confort moderne dans un très beau parc de
38 HECTARES CLOS DE MURS

Docteur **Maurice OLIVIER**
Médecin en chef des Hôpitaux Psychiatriques
Téléphone 1, Huissieu-sur-Cosson

DIVONNE-LES-BAINS

OUVERT
TOUTE
L'ANNÉE

Altitude 519 m. (Genève 16 km.) — AIN

LA GRANDE STATION FRANÇAISE DE REPOS
-- -- dans un parc de 100 hectares --

==== Indication spéciale de cure pour : ====
les troubles fonctionnels du SYSTÈME NERVEUX et des
MALADIES DE LA NUTRITION qui s'y rattachent
les maladies organiques du TUBE DIGESTIF et de la
NUTRITION

Dans le parc : Etablissement thermal

Hydrothérapie. Psychothérapie. Cures d'air, de repos,
d'exercices et de culture physique. Massothérapie. Elec-
trothérapie. Radiologie.

Dans le parc : Les Hôtels

HOTEL DU GOLF

Hôtel de grande classe, tous les appartements avec salle de
bains, w.-c., téléphone. Première réalisation hôtelière dans
la suppression des bruits.

HOTEL CHICAGO

Résidence de tout premier ordre.

LE GRAND HOTEL

Hôtel de premier ordre à prix modérés. Recommande aux
familles.

LE PAVILLON DU GOLF

Grande terrasse avec vue splendide sur la chaîne des
Alpes. Son restaurant, ses spécialités régionales, ses thés
avec orchestre.

MAISON MÉDICALE DE RÉGIME

Sous contrôle d'un médecin spécialiste. Cuisine diététique.
Laboratoires d'analyses.

Distractions Théâtre. Concerts. Cinéma. Parc pour enfants.

Tous les sports Golf 18 trous. Tennis. Promenades. Canotage (5 km.
du lac). Pêche à la truite.

Direction Générale : I. TARTAKOWSKY, Administrateur

L. DELHERM et H. FISCHGOLD. — Nos premiers résultats de la roentgenthérapie fonctionnelle de l'hypophyse 450

J.-A. CHAVANY. — Les traitements physiothérapiques de l'hémiplégie 450

J. HUGHES, S. MUDD et E.-A. STRUCKER. — Réduction de l'hypertension intra-crânienne par les solutions concentrées de sérum humain « lyophilisé » 451

P. BAILEY et L. ECTOR. — Les indications opératoires dans la chirurgie des tumeurs cérébrales 451

Médecine légale.

V. FONTES. — La débilité mentale comme cause de délinquance infantile et juvénile 451

P. VERVAECK. — La débilité mentale comme cause de la délinquance infantile et juvénile ... 452

C. DE ARENAZA. — Mise en valeur des facteurs biologiques et sociologiques dans les réactions antisociales des mineurs 452

J.-A. ALFONSIN. — Un facteur criminogène secondaire. Cinématographe et Criminalité... 452

A. BARBEAU et P. LECAVALIER. — Profil criminologique de la paralysie générale 453

J. VIDAL OLTRA, V. QUIROGA ARENAS et W. ITURRA MORRERA. — Compte rendu de l'étude psychiatrique et médico-légale de l'assassin du professeur Oscar Fontecilla 453

P.-A. LLINÁS. — Impulsion inconsciente chez un épileptique 453

S. SOLANO. — Un cas de kleptomanie..... 454

A.-J. MOLINARIO. — La nocivité criminelle, fondement et mesure de la responsabilité pénale 454

C. PRUNES. — Aspects modernes de la criminologie 454

(Suite du sommaire, page X).



LA MÉTAIRIE

— NYON (SUISSE) —

MALADIES NERVEUSES ET MENTALES



DIVISION POUR ENFANTS
DANS UNE MAISON SÉPARÉE

Médecin-chef : D^r E. GONET
D^r P. PLATTNER

— Tél. : 9.56.26 —

DEUX MÉDECINS ASSISTANTS





LES RIVES DE PRANGINS

PRANGINS près NYON (Suisse)
AFFECTIIONS DU SYSTÈME NERVEUX

Médecin-Chef : D^r O.-L. FOREL, Privat-Docent à l'Université
Prospectus sur demande à l'Administration
Téléphone : Nyon 9.54.41
Adr. télégraphique : RIVAPRANGINS NYON

A. NICÉFORO. — L'ancienne doctrine des trois âmes et la psychologie criminelle moderne	453
M. RIVERA-SILVA. — La peine d'après la psychanalyse	453
F. LAVALLE. — L'enseignement de la psychiatrie dans les Ecoles de Droit	453
P. MARIGONDE. — La théorie de la responsabilité sociale dans le Projet de nouveau Code pénal des Professeurs Gómez-Coll	453

H. BEKAERT. — Les principes de la récidive dans le droit pénal classique	456
J.-J. BERENGUER. — Identification eriminelle	456
E. BRINGAS-NUÑEZ. — Justification d'une loi nationale de protection pour malades internés, accidentés dans l'exercice de la praxithérapie	457
J. TORRES-TORHA. — Le paludisme doit-il être déclaré comme maladie professionnelle ?	457

VARIÉTÉS

Société Médico-Psychologique :

Séances	458
L'activité de la Société Médico-Psychologique pendant la guerre	458
Néerologie	458

Hôpitaux Psychiatriques :

Néerologie	459
Légion d'honneur	459
Nominations	459
Poste vacant	459

(Suite du sommaire page XII).

Ecole du Docteur Henriette Hoffer

ETABLISSEMENT PSYCHO-MÉDICO-PÉDAGOGIQUE
POUR ENFANTS INAPTES A SUIVRE LES CLASSES NORMALES
(ENFANTS RETARDÉS, DÉLICATS, SOURDS, PARLANT MAL)

Fondatrices : Dr H. HOFFER et Madame Anne-Marie BUSSEAU



« MONTCLAIR »

1, Grande Rue, BELLEVUE-MEUDON (Seine-&-Oise) - Téléph. : Observatoire 17-45

SAINT-RÉMY

CHALON-SUR-SAONE (S.-&-L.)

Téléphone 316



MAISON DE CURE ET CONVALESCENCE



Etats neurasthéniques -- Affections du système
nerveux - Psycho-névroses - Désintoxications
-- -- Psychothérapie -- Hydrothérapie -- --
-- 40 chambres -- 15 salles de bains --

NI ALIÉNÉS - NI CONTAGIEUX



Direction administrative : MARC RIFAUX

Direction médicale : Docteur RENÉ VERCIER

ex-interne des Hôpitaux psychiatriques, Chef de clinique
neuro-psychiatrique à la Faculté de Médecine de Paris

Nomination d'un neuro-psychiatre des Hôpi-	Hygiène et prophylaxie :
taux maritimes 460	Le barbiturisme aux Etats-Unis 460
Réunions et Congrès :	Université de Paris :
Société suisse de psychiatrie 460	Faculté de Médecine 460
	Néurologie 460

INFORMATIONS

Aux médecins non mobilisables XIII	La médecine du travail en Italie XX
Le IV ^e Centenaire de Paracelse XIX	X ^e Congrès de médecine militaire XXI

(Suite du sommaire, page XIII).

SANATORIUM BELLEVUE

du Docteur BINSWANGER



à KREUZLINGEN (Suisse)

(fondé en 1857)

Spécialement organisé pour le traitement des
MALADIES NERVEUSES, MENTALES et des INTOXICATIONS
CURES D'INSULINE

9 villas différentes permettant la séparation complète
des diverses formes de maladies
6 villas séparées pour névroses, états d'épuisement et de convalescence
3 villas séparées pour maladies mentales
4 médecins
Installation hydrothérapeutique très moderne
gymnastique, massage, jardinage, tissage, etc...
Grande ferme modèle

RENSEIGNEMENTS ET PROSPECTUS PAR L'ADMINISTRATION

INFORMATIONS

AUX MEDECINS NON MOBILISABLES

Le Ministre de la Santé publique communique :

Les femmes médecins et les médecins libérés de toutes obligations militaires qui accepteraient d'apporter leur collaboration aux services de protection sanitaire des populations réfugiées dans les départements d'accueil sont priés d'adresser au Ministre de la Santé publique

(A suivre, page d'annonces XIV).

LE COTEAU

SAINT-MARTIN-LE-VINOUX

Près GRENOBLE (Dauphiné)

- Maison de traitements --
- de repos et de convalescence
- pour maladies nerveuses --
- en cure libre --

Ouverte toute l'année -- Confort moderne
Vue admirable -- Renseignements à la gérante
Téléphone 11-38-Grenoble

MÉDECIN TRAITANT : Docteur MARTIN-SISTERON
Médecin des Hôpitaux de Grenoble

AUX MEDECINS NON MOBILISABLES

(suite)

(service de la défense nationale), 7, rue de Tilsitt, à Paris, leurs noms et adresses, ainsi que l'indication de leurs principaux titres.

Cet appel s'adresse plus particulièrement :

1° Aux médecins hygiénistes, diplômés d'hygiène, etc., susceptibles d'exercer des fonctions d'inspecteur départemental d'hygiène ou de directeur de bureau d'hygiène ;

2° Aux médecins qualifiés en phthisiologie ou en syphiligraphie, susceptibles d'exercer des fonctions de médecins de dispensaires anti-tuberculeux ou antivénériens ;

(A suivre, page d'annonces XVIII).

MAISON DE SANTÉ DE BELLEVUE (S.-et-O.)

8, Avenue du 11 Novembre -:- Observatoire 10-62

MÉDECIN-DIRECTEUR : D^r BUSSARD

✦
Maladies
du
Système
nerveux
et de la
Nutrition
✦



Psycho-
névroses
✦
Intoxica-
tions
✦
Convales-
cences

Cet établissement, situé sur le plateau de Bellevue, à proximité du bois de Meudon, est composé de plusieurs pavillons dans un parc.

Il offre tout le confort moderne

Etablissement Médical de MEYZIEU (Isère) Près LYON

Fondé en 1881 par le Docteur Ant. COURJON

Direction médicale

Dr Rémi COURJON, Médecin des Asiles, Ancien Chef de Clinique Neuro-Psychiatrique à la Faculté de Lyon, Expert près la Cour d'Appel de Lyon.
Dr Jean THÉVENON, Ex-interne des Hôpitaux de Lyon, Ancien Chef de Clinique Neuro-Psychiatrique à la Faculté de Lyon.

Un médecin-adjoint

MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

NÉVROSES, PSYCHOSES, INTOXICATIONS
CURE DE RÉGIME, SEVRAGE, ISOLEMENT

Pour tous renseignements : s'adresser au Directeur à Meyzieu, tél. n° 5, ou à Lyon, Cabinet du Dr Rémi Courjon, 4, rue Président Carnot, les mardi et jeudi de 15 à 17 h. Tél. Franklin 07-28.

MÉDICATION ALCALINE PRATIQUE

COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT

3 à 4 comprimés par verre d'eau

12 à 15 comprimés par litre.

ANTI-RHUMATISMAL
ÉNERGIQUE

NOVACÉTINE PRUNIER

6, R. de la Tacherie, PARIS
et Pharmacies.
R. C. Paris, 53.318

RECONSTITUANT
DU SYSTÈME NERVEUX

NEUROSINE PRUNIER

GLYCÉROPHOSPHATE DE CALCIUM
ASSIMILABLE

MÉDICATION SÉDATIVE *du* SYSTÈME NERVEUX

 **GARDÉNAL**
Phényl-éthyl-malonylurée

 **RUTONAL**
Phényl-méthyl-malonylurée

 **SONÉRYL**
Butyl-éthyl-malonylurée

UNE GAMME D'HYPNOTIQUES SPECIA

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE SPECIA MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHÔNE

21, RUE JEAN GOUJON-PARIS-8^e

OGETTE
ERAU



CLINIQUE MÉDICALE DE FONTENAY-S.-BOIS

(Seine)

6, Avenue des Marronniers — Tél. : Tremblay 12-87

Médecin-Directeur :

Docteur G. COLLET, Ancien interne des Asiles de la Seine

TRAITEMENT DES MALADIES NERVEUSES

ISOLEMENT — PSYCHOTHÉRAPIE — RÉGIMES — HYDROTHÉRAPIE
ÉLECTROTHÉRAPIE

ÉTABLISSEMENT SITUÉ EN BORDURE DU BOIS DE VINCENNES — PARC
PAVILLONS SPÉCIAUX POUR DAMES ET JEUNES FILLES

MAISON de REPOS pour PERSONNES AGÉES et pour CONVALESCENTS
MOYENS DE COMMUNICATIONS FACILES AVEC PARIS

Chemin de fer de Vincennes, Place de la Bastille, à Paris

Autobus n° 122 au Château de Vincennes (Station du Métro).

ÉTABLISSEMENT HYDROTHÉRAPIQUE

ET

MAISON DE CONVALESCENCE

Docteur J.-B. BUVAT et Docteur G. VILLEY-DESMESERETS

Anciens Internes des Asiles de la Seine

Médecins-Directeurs

VILLA MONTSOURIS

130, rue de la Glacière

PARIS

Téléphone : Gobel. 05-40

MARDI, VENDREDI

2 à 5

CHATEAU de l'ABBAYE

VIRY-CHATILLON

(S.-et-O.)

Téléphone : Juvisy 76

PARC : Huit Hectares

TRAITEMENT DES MALADIES

NERVEUSES ET DES TOXICOMANIES

— « PRIX MODÉRÉS » —

AUX MÉDECINS NON MOBILISABLES

(Suite)

3° Aux médecins qualifiés en obstétrique ou pédiatrie, etc., ayant assuré un service dans un organisme de protection maternelle et infantile ;

4° Enfin, aux médecins ayant passé le concours de médecin des asiles publics d'aliénés.

(A suivre, page d'annonces XIX).

NEUROBORE PUR

Solution inaltérable de tartrate borico-potassique pur
1 gr. par cuillerée à café

SPÉCIFIQUE DES AFFECTIONS NERVEUSES

Pas d'Acné — Pas de troubles gastro-intestinaux — Pas de dépression cardiaque

NEUROBORE -G- ASSOCIÉ

Tartrate borico-potassique + Phénylethyl-malonylurée + Correctif
en cachets solubles

MÉDICATION D'ATTAQUE

des Affections nerveuses graves, des Insomnies rebelles

CANTÉÏNE

BOUTEILLE

(Crataegus -- Passiflore -- Hamamélis -- Salix alba)
Erethisme cardiaque - Neurasthénie - Mélancolie - Déprimés
-- Troubles circulatoires et troubles nerveux consécutifs --

Echantillon gratuit sur demande

Laboratoire E. BOUTEILLE, 23, rue des Moines, PARIS (17°)

LE IV^e CENTENAIRE DE PARACELSE

Pour célébrer, au cours de l'été 1941, le quatrième centenaire de *Paracelse*, un comité est en voie de formation sous la présidence de M. le Professeur LAIGNEL-LAVASTINE, avec l'adhésion déjà acquise de MM. les Professeurs CORNIL, doyen de la Faculté de Médecine de Marseille, ABEL REY, de la Sorbonne, MM. GARBAUX, président de la Fédération des Médecins suisses, CAWADIAS (de Londres), JACCARD (de Genève), ALLENDY et MARTINY (de Paris). En outre, MM. les Professeurs VERZAR, doyen de la Faculté de Médecine de Bâle, et ANDERES, doyen de la Faculté de Médecine de Zurich, examinent les moyens de collaborer à cette solennité et de rappeler la place importante que tient l'œuvre de Paracelse dans l'histoire de la médecine.

(A suivre, page d'annonces XX).

MAISON DE SANTÉ D'ÉPINAY-SUR-SEINE

(Fondée par le Dr Tarrius)

6, Avenue de la République, EPINAY-sur-SEINE

Téléphone : 68 St-Denis



Maladies mentales et nerveuses des deux sexes
Désintoxications - Cures de repos - Hydrothérapie - Electrothérapie
Rayons ultra-violets

PAVILLONS SÉPARÉS ET VILLAS PARTICULIÈRES

très confortables au milieu d'un parc de 15 hectares

CHAUFFAGE CENTRAL -- ELECTRICITÉ -- CHAPELLE

*L'établissement est largement ouvert à tous les Médecins
qui peuvent continuer d'y traiter leurs malades*

Moyens de communication : Tramway n° 54, Place de la Trinité-Enghien (s'arrête devant l'Etablissement). — Chemin de fer gare du Nord, trajet en 10 minutes. — Automobiles, route d'Enghien, 7 kilomètres de Paris.

LA MEDECINE DU TRAVAIL EN ITALIE

Une réunion de la Société Italienne de la Médecine du Travail s'est tenue, à Milan, sous la présidence du professeur NICOLO CASTELLINO.

La discussion a porté sur la question de savoir par quels moyens la connaissance des maladies professionnelles et de leur prévention pourrait être propagée dans le pays. Plusieurs propositions furent adoptées tendant à rendre toujours plus efficace la protection des ouvriers.

Enfin, il fut fixé que le prochain Congrès national de Médecine du Travail aurait lieu en septembre 1940, à Padoue, et que les questions suivantes y seraient discutées :

1° L'asbestose (QUARELLI) ; 2° L'anilisme (PRETI) ; 3° La pathologie de l'appareil cardio-vasculaire chez les travailleurs agricoles et industriels (AJELLO, ACCURIO, FONTANA) ; 4° La mort subite au travail (PRETI) ; 5° La défense de la race par rapport au travail (PELLEGRINI).

(A suivre, page d'annonces XXI).

ALLOCHRYSSINE LUMIÈRE

AUROTHÉRAPIE PAR VOIE INTRAMUSCULAIRE
TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE SOUS TOUTES SES FORMES
Absorption facile et rapide — Tolérance parfaite
Aucune réaction locale, ni générale

CRYOGÉNINE LUMIÈRE

LE MEILLEUR ANTIPYRÉTIQUE ET ANALGÉSIQUE
ACTION VÉRITABLEMENT RAPIDE DANS LA FIÈVRE ET LA DOULEUR
Ne détermine pas de sueurs profuses, ni de tendance au collapsus, ne ferme pas le rein, ne provoque pas de vertiges — Pas de contre-indications

CRYPTARGOL LUMIÈRE

COMPOSÉ ARGENTIQUE STABLE, ATOXIQUE
AUSSI ANTISEPTIQUE QUE LE NITRATE D'ARGENT
Non irritant, kératoplastique
Aucune intolérance digestive ou cutanéomuqueuse — Jamais d'argyrisme

EMGÉ LUMIÈRE

MEDICATION HYPOSULFIQUE MAGNÉSIENNE
PROPHYLAXIE ET TRAITEMENT DE TOUTS LES TROUBLES LIÉS
À UN ÉTAT D'INSTABILITÉ HUMORALE. **ANTI-CHOC.**

« Produits spéciaux des **LABORATOIRES LUMIÈRE** »
45, Rue Villon, LYON — Bureau à PARIS, 3, Rue Paul-Dubois

X^e CONGRES DE MEDECINE MILITAIRE

35 États étaient représentés au X^e Congrès de Médecine militaire qui s'est tenu à Washington au mois de mai dernier, suivi de la IX^e Session de l'Office International de Documentation médicale militaire.

La médecine coloniale militaire, la statistique, l'anesthésie en chirurgie de guerre, les services pharmaceutiques militaires, les fractures du maxillaire, l'oxygénothérapie, étaient parmi les principaux sujets discutés. On a proposé la fondation d'un Institut supérieur d'Etudes de médecine militaire.

Le prochain Congrès aura lieu en Suisse en 1941 : son secrétaire est le Colonel NESTOROV, de Leningrad.

CHATEAU DU BEL-AIR

VILLENEUVE-St-GEORGES, 15 minutes de Paris

65 trains par jour dans chaque sens

Voitures à la gare de Villeneuve-St-Georges : Trajet en 3 minutes

PARC
de 8 hectares
à
flanc de coteau
au midi

—
Confort Moderne

—
CHAMBRES
avec
Salles de bains
privées



Cures de Repos
Convalescences
Régimes
Désintoxications
Psychothérapie
Héliothérapie
Malariathérapie

—
MÉDECINS
SPÉCIALISTES
résident
au Château

D^{rs} H. MEURIOT & REVAULT D'ALLONNES

Ancienne Maison de Santé fondée par le D^r Blanche à Passy

Téléphone 244 à Villeneuve-St-Georges

PRIX MODÉRÉS. — NOTICES ILLUSTRÉES SUR DEMANDE

" LES BERGES DU LÉMAN "

à VEVEY (Suisse)

Traitement des affections nerveuses

Cures de repos et de convalescence

Traitement spécial des psychonévroses

Situation exceptionnelle -- Vue étendue -- Grand parc -- Tout confort

Médecin-Directeur : Docteur M. GUILLEREY (Cabinet de consultations à Lausanne : Grand-Chêne, 2, lundi et jeudi sur rendez-vous. Téléphone 32.434). — Médecin-Adjoint : Docteur R. DUBY, un Médecin-Assistant. Téléphone : Vevey 52.008 ; Adresse télégraphique : Berges Vevey.

Renseignements et prospectus auprès de la direction médicale



VILLA LUNIER

à BLOIS (Loir-et-Cher)

consacrée au traitement des maladies mentales

Fondé en 1860 par l'éminent Dr LUNIER cet établissement sis sur un plateau salubre à la périphérie de la ville à 1 500 mètres de la gare, se trouve au milieu d'un parc magnifique de 11 hectares ; il comporte toutes les commodités modernes et les divers moyens de traitement ; un laboratoire bien outillé permet tous les examens biologiques nécessaires.

La direction et le service médical sont assurés par deux médecins en chef des Hôpitaux psychiâtriques assistés d'internes, de religieuses, d'infirmiers et d'infirmières laïques.

Le prix de pension varie de 920 fr. par mois à 1.320 fr. selon les classes. Le prix des pavillons particuliers oscille entre 2.500 f. et 4.800 fr.

~~~~~  
TÉLÉPHONE : 2-82  
~~~~~

**POUR PLUS AMPLES RENSEIGNEMENTS,
DEMANDER LE PROSPECTUS DÉTAILLÉ.**

MAISON DE SANTÉ

161, rue de Charonne -- PARIS-XI^e

Téléphone : ROQUETTE 05-05

Traitement des maladies mentales et nerveuses des deux sexes

Grand parc de 2 hectares en plein Paris

Pavillons et jardins séparés

Directeur : le D^r CL. VURPAS

Médecin de La Salpêtrière

Les familles sont reçues tous les jours de 2 heures à 5 heures

VILLA PENTHIÈVRE

Maison de Santé et de Convalescence

SCEAUX (Seine)

TÉ. ÉPH. 12

PSYCHOSES --- NÉVROSES



Médecin-Directeur : D^r BONHOMME, Ancien Interne des Asiles de la Seine
Médecin assistant : D^r CODET, Ancien Chef de Clinique de la Faculté

LE CASTEL D'ANDORTE

- 342, Route du Médoc -
LE BOUSCAT, près Bordeaux
- Téléphone : BORDEAUX 836-30 -

**MALADIES MENTALES
- ET NERVEUSES -**

Médecin-Directeur :
Docteur Pierre CHARON



CHATEAU DE PREVILLE

Tél. 52 ORTHEZ (Basses-Pyrénées)



Dr Marcel DIERS

Climat toni-sédatif

MAISON

de Traitements

de Repos ~~~~~

de Régimes ~~~~~

Affections nerveuses

Intoxications

Convalescences



Installation luxueuse et plaisante sur les bords du Gave au milieu
-- d'un parc de douze hectares à proximité de Pau et Biarritz --

Rayons X — Electrothérapie — Hydrothérapie — Psychothérapie

SOMMAIRE DU N° 4 (tome II), NOVEMBRE 1939

MÉMOIRES ORIGINAUX

- J. VILÉ. — Quelques terminaisons des délires chroniques. Suspension et réintégration du délire ; degrés divers de réadaptation sociale ; processus de normalisation..... 461
- J. BURSTIN. — Pensée affective et psychopathologie..... 495

(Suite du sommaire, page II).

MAISON DE SANTÉ

— D'IVRY-SUR-SEINE —

23, Rue de la Mairie à IVRY

Téléphone : Gob. 01.67

MALADIES MENTALES & NERVEUSES

NOMBREUX PAVILLONS
DANS UN PARC DE 12 HECTARES

Médecin-Directeur : Docteur A. DELMAS

Ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin-adjoint : Docteur P. DELMAS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du lundi 27 novembre 1939

Adoption du procès-verbal	516
Correspondance	516
Date des prochaines séances	517
Avis relatif à la longueur des commu- nications	517
J. FRETET. — Définition de l'érotomanie	517
J. FRETET et H. DUCHÊNE. — Discussion d'un	

diagnostic d'érotomanie pure

J. VIÉ et P. RAUCOULES. — Erotomanie de type passionnel pur. — Régression prag- matique	524
P. CHATAGNON et Mlle C. CHATAGNON. — Ap- plication des données récentes de chimie- physique à l'étude des troubles des cons- tituants tissulaires en psychiatrie. Les isotopes en psychiatrie	537

(Suite du sommaire page IV).

CHATEAU

DIRECTEUR : D^r Gaston MAILLARD
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Médecin de Bicêtre et de la Salpêtrière
Médecin-adjoint : D^r Charles GRIMBERT

DE

— MAISON DE SANTÉ MODERNE —
POUR DAMES ET JEUNES FILLES



L'HAY-LES-ROSES

INSTALLATION
DE
PREMIER ORDRE

Notice sur demande

2, rue Dispan

L'HAY-
LES-ROSES
(SEINE)

TÉLÉPHONE : 5

AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX
— CURES DE DÉSINTONICATION —
— DE REPOS ET DE RÉGIMES —

CHATEAU DE SURESNES

Téléphone : SURESNES 2.88

Maison
de Santé
de Repos
de Régimes

FONDÉE PAR
M. le D^r MAGNAN
Membre de
l'Académie de Médecine



Le Château

La Maison de Santé du Château de Suresnes est située à la Porte de Paris (sortie du Bois de Boulogne), dans un grand parc.

Remise à neuf et embellie depuis la guerre, la maison reçoit, dans des parties distinctes (château et pavillons dispersés dans la verdure du parc), des convalescents, neurasthéniques, nerveux, intoxiqués ou psychopathes.

Château et pavillons réunissent toutes les conditions les meilleures d'hygiène et de bien-être (chauffage central, eau chaude, électricité, eau de source), etc.

Les personnes qui y séjournent peuvent y disposer à leur gré d'une chambre meublée avec luxe, d'un cabinet de toilette, d'un salon, d'une salle de bains, etc.

Les Médecins de la Maison de Santé et leurs familles prennent leurs repas avec les pensionnaires qui désirent fréquenter la salle à manger.

La Maison est largement ouverte à Messieurs les Médecins, qui peuvent ainsi continuer à suivre leurs malades.

HYDROTHÉRAPIE - ÉLECTROTHÉRAPIE

MÉDECINS DIRECTEURS :

D^r FILLASSIER O. * ✂ D^r DURAND-SALADIN

NOTICE SUR DEMANDE

Communications : Tramway du Val d'Or à la Porte Maillot

SOCIÉTÉS

Société de Médecine mentale de Belgique

Séance du 28 octobre 1937

- P. DIVRY. — Paralyse de Lissauer 538
M. LEROY. — Cardiazol et lésions cérébrales 538
R. NYSEN. — L'excrétion urinaire d'acide phé-
nyl-pyruvique chez certains oligophrènes 540

Société belge de Neurologie

Séance du 28 octobre 1937

- E. KOKKEN. — Ataxie cérébelleuse après coque-
luche 540

- M. RADERMECKER. — Syndrome de Guillain-
Barre 541

- Mme RADERMECKER. — Sur une forme chronique
à évolution fatale de la dermato-myosite avec
sclérodermie 541

- MOREAU. — Hémiparésie consécutive à une poly-
globulie 541

- Mlle CALLEWAERT. — Etude anatomo-clinique d'un
cas de chorée de Sydenham 541

(Suite du sommaire, page VI).

CHATEAU DES COUDRAIES

Ancienne Institution d'Eaubonne (fondée en 1847)

Magnifique Parc de 5 hectares, adossé à la forêt de Sénart. Très belle
vue sur la vallée de la Seine. Très grand confort. Eau courante, chaude
et froide, dans toutes les chambres, électricité, chauffage central, instal-
lation hydrothérapique complète. Rayons U. V. Jardinage. Horticulture.
Potagers de 20.000 m². Tennis.



PRIX DE PENSION A PARTIR DE 1000 FR. PAR MOIS

ÉTIOLLES (S.-&-O.)

ENFANTS ET JEUNES GENS ARRIÉRÉS

Education et Traitement
des déficients intellectuels
à tous les degrés

DIRECTEURS

D^{rs} M. et J. de CHABERT
de 2 à 5 heures
sauf jeudis et dimanches
25 km. de PARIS
gare Evry-Petit-Bourg (P.-L.-M.)
Arrêt des autocars Citroën
17 - 18 - 19 : Dép. de Paris,
pl. Denfert-Rochereau
Tél. Corbeil 126

VILLA DES PAGES

LE VÉSINET (S.-et-O.)

40, Avenue Horace Vernet

TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES
ET DES MALADIES DE LA NUTRITION

REPOS, CONVALESCENCES, RÉGIMES

Cures de désintoxication

Psychothérapie, Rééducation, Physiothérapie



*12 chalets pourvus du confort moderne
disséminés dans un parc de 5 hectares.
Chambres ou appartements à plusieurs pièces*

La clinique est entièrement ouverte aux Médecins
qui peuvent ainsi conserver la direction de leurs malades

Médecins directeurs : Docteurs LEULIER, MIGNON, CASALIS

Médecin assistant : Docteur LECLERCQ

Téléphone : LE VÉSINET 12

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

Embryologie.

- A. SOUQUES. — Recherches sur l'embryologie du système nerveux 542

Psychiatrie.

- H. SAUVET. — Les troubles mentaux du rhumatisme articulaire aigu 543
- P. VALDENAIRE. — Hérité morbide et affections neuro-psychiques 543

Psychologie.

- A.-H. KAMIAT. — Les forces sociales contre l'épanouissement de la personnalité 544

Neurologie.

- J. GLAICHENHAUS. — L'encéphalographie gazeuse par voie lombaire 545

Hygiène et prophylaxie.

- J. BARBIER, A. ROCHAIX, J. ORINCZY, A. REQUET, P. DELORE, P. PADIS, E. LARRIVÉ, A. BROCHIER, M. POUJALLOUX. — Médecine et vie familiale 546

Assistance.

- P. NOUËCOURT et L. BABONNEIX. — Les enfants et les jeunes anormaux 547
- E. BOUQUIN. — La protection sociale de l'enfance en France 549

(Suite du sommaire, page VIII).



CHATEAU DE SAUMERY

CLINIQUE MEDICALE DU CENTRE
HUISSIEU-sur-COSSON (Loir-et-Cher)
12 km de BLOIS — 4 km de CHAMBORD

TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES
MISE EN ŒUVRE DES THÉRAPEUTIQUES LES PLUS MODERNES
(Contrôle de laboratoire)

Magnifique demeure historique
dotée de tout le confort moderne dans un très beau parc de
38 HECTARES CLOS DE MURS

Docteur **Maurice OLIVIER**
Médecin en chef des Hôpitaux Psychiatriques
Téléphone 1, Huissieu-sur-Cosson



DIVONNE-LES-BAINS

OUVERT
TOUTE
L'ANNÉE

Altitude 519 m. (Genève 16 km.) — AIN

LA GRANDE STATION FRANÇAISE DE REPOS
-- -- dans un parc de 100 hectares --

==== Indication spéciale de cure pour : =====
les troubles fonctionnels du SYSTÈME NERVEUX et des
MALADIES DE LA NUTRITION qui s'y rattachent
les maladies organiques du TUBE DIGESTIF et de la
===== NUTRITION =====

Dans le parc : Etablissement thermal

Hydrothérapie. Psychothérapie. Cures d'air, de repos,
d'exercices et de culture physique. Massothérapie. Elec-
trothérapie. Radiologie.

Dans le parc : Les Hôtels

HOTEL DU GOLF

Hôtel de grande classe, tous les appartements avec salle de
bains, w.-c., téléphone. Première réalisation hôtelière dans
la suppression des bruits.

HOTEL CHICAGO

Résidence de tout premier ordre.

LE GRAND HOTEL

Hôtel de premier ordre à prix modérés. Recommandé aux
familles.

LE PAVILLON DU GOLF

Grande terrasse avec vue splendide sur la chaîne des
Alpes. Son restaurant, ses spécialités régionales, ses thés
avec orchestre.

MAISON MÉDICALE DE RÉGIME

Sous contrôle d'un médecin spécialiste. Cuisine diététique.
Laboratoires d'analyses.

Distractions Théâtre. Concerts. Cinéma. Parc pour enfants.

Tous les sports Golf 18 trous. Tennis. Promenades. Canotage (5 km.
du lac). Pêche à la truite.

Direction Générale : I. TARTAKOWSKY, Administrateur

VARIÉTÉS

Société Médico-Psychologique :

Séances	550
Nécrologie	550

Hôpitaux Psychiatriques :

Légion d'honneur	550
Croix de guerre 1939	551
Distinctions honorifiques	551
Nominations	551
Postes vacants	551

Réunions et Congrès :

Société Suisse de Psychiatrie	552
-------------------------------------	-----

Service de Santé militaire :

Censure technique des travaux effectués par les Officiers du Service de Santé	552
Prophylaxie de l'alcoolisme	552

Législation :

Décret du 11 septembre 1939 relatif à l'exercice de la profession médicale en temps de guerre (<i>Journal officiel</i> , 12 septembre 1939)	551
--	-----

Université de Paris :

Faculté de Médecine	555
---------------------------	-----

Nécrologie :

J. Seglas (1856-1939)	556
-----------------------------	-----

INFORMATIONS

Maisons de Santé de la Région parisienne demeures ouvertes	X
--	---

Société médicale du Littoral méditerranéen	XII
L'activité de la Croix-Rouge française	XIX

Ecole du Docteur Henriette Hoffer

ETABLISSEMENT PSYCHO - MÉDICO - PÉDAGOGIQUE
POUR ENFANTS INAPTES A SUIVRE LES CLASSES NORMALES
(ENFANTS RETARDÉS, DÉLICATS, SOURDS, PARLANT MAL)

Fondatrices : Dr H. HOFFER et Madame Anne-Marie BUSSEAU



« MONTCLAIR »

I, Grande Rue, BELLEVUE-MEUDON (Seine-&-Oise) - Téléph. : Observatoire 17-45

MAISON DE SANTÉ

161, rue de Charonne -- PARIS-XI^e

Téléphone : ROQUETTE 05-05

Traitement des maladies mentales et nerveuses des deux sexes

Grand parc de 2 hectares en plein Paris

Pavillons et jardins séparés

Directeur : le D^r CL. VURPAS

Médecin de La Salpêtrière

Les familles sont reçues tous les jours de 2 heures à 5 heures

VILLA PENTHIÈVRE

Maison de Santé et de Convalescence

SCEAUX (Seine)

TÉLÉPH. 12

PSYCHOSES — NÉVROSES



Médecin-Directeur : D^r BONHOMME, Ancien Interne des Asiles de la Seine
Médecin assistant : D^r CODET, Ancien Chef de Clinique de la Faculté

INFORMATIONS

MAISONS DE SANTE DE LA REGION PARISIENNE DEMEUREES OUVERTES

Le Syndicat des Maisons de Santé privées et des Sanatoria de la Région parisienne a pensé être utile aux malades et aux médecins de cette région en établissant une liste des établissements affiliés à ce syndicat qui sont actuellement demeurés ouverts.

Des exemplaires de cette liste seront déposés au siège des différents syndicats médicaux où l'on pourra se les procurer. En outre, le secrétaire du syndicat, D^r Bussard, 8, avenue du 11-Novembre, à Bellevue (Seine-et-Oise), en enverra aux confrères qui lui en feront la demande.

(A suivre, page d'annonces XII).



LA MÉTAIRIE

— NYON (SUISSE) —

MALADIES NERVEUSES ET MENTALES

DIVISION POUR ENFANTS
DANS UNE MAISON SÉPARÉE



Médecin-chef : D^r E. GONET
D^r P. PLATTNER

Tél. : 9.56.26

DEUX MÉDECINS ASSISTANTS





PRANGINS près NYON (Suisse)

AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX

Médecin-Chef : D^r O.-L. FOREL, Privat-Docent à l'Université
Prospectus sur demande à l'Administration
Téléphone : Nyon 9.54.41
Adr. télégraphique : RIVAPRANGINS NYON

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU LITTORAL MÉDITERRANÉEN

L'Assemblée générale, qui devait avoir lieu à Juan-les-Pins, en novembre 1939, est reportée à une date ultérieure.

Le Voyage d'Etudes Climatiques et Médicales, qui avait été annoncé pour Noël 1939, n'aura pas lieu, mais le Bureau de la Société s'efforcera d'organiser un Voyage de Pâques en 1940, si les événements le permettent.

Les divers Congrès auxquels la collaboration de la Société médicale était assurée, sont ajournés. Leur préparation sera reprise dès que les événements le permettront.

Les auteurs de travaux (Conférences, Rapports, Recherches originales, etc.) actuellement en cours, qui devaient être inscrits aux Ordres du jour des réunions prochaines, sont instamment priés d'achever leurs études, s'ils le peuvent, et de les envoyer au Secrétariat, 24, rue Verdi, à Nice.

(A suivre, page d'annonces XIV).

MAISON DE SANTÉ DE BELLEVUE (S.-et-O.)

8, Avenue du 11 Novembre — Observatoire 10-62

MÉDECIN-DIRECTEUR : D^r BUSSARD

✦
Maladies
du
Système
nerveux
et de la
Nutrition



Psycho-
névroses
✦
Intoxica-
tions
✦
Convales-
cences

Cet établissement, situé sur le coteau de Bellevue, à proximité du bois de Meudon, est composé de plusieurs pavillons dans un parc.

Il offre tout le confort moderne

SAINT-RÉMY

CHALON-SUR-SAONE (S.-&-L.)

Téléphone 316



MAISON DE CURE ET CONVALESCENCE



Etats neurosthéniques -- Affections du système
nerveux - Psycho-névroses - Désintoxications
-- -- Psychothérapie -- Hydrothérapie -- --
-- 40 chambres -- 15 salles de bains --

NI ALIÉNÉS - NI CONTAGIEUX



Direction administrative : MARC RIFAUX

Direction médicale : Docteur RENÉ VERCIER

ex-interne des Hôpitaux psychiatriques, Chef de clinique
neuro-psychiatrique à la Faculté de Médecine de Paris

L'ACTIVITE DE LA CROIX-ROUGE FRANÇAISE

Quoique moins en relief qu'au début de la grande guerre de 1914, l'activité de la Croix-Rouge française n'en est pas moins fructueuse. Tout d'abord elle a mis sur pied plus de 150 hôpitaux auxiliaires répartis sur tout le territoire, aussi bien dans la zone des armées qu'à l'intérieur, elle a fourni un gros effort et fait des dépenses considérables pour assurer l'organisation des locaux et la constitution de tout le matériel moderne nécessaire.

La Croix-Rouge a formé des milliers d'infirmières diplômées qui sont déjà affectées aux formations de l'avant pour les hôpitaux complémentaires et trains sanitaires. Elle a apporté un important

(A suivre, page d'annonces XVIII).

SANATORIUM BELLEVUE

du Docteur BINSWANGER



à KREUZLINGEN (Suisse)

(fondé en 1857)

Spécialement organisé pour le traitement des
MALADIES NERVEUSES, MENTALES et des INTOXICATIONS

CURES D'INSULINE

9 villas différentes permettant la séparation complète
des diverses formes de maladies

6 villas séparées pour névroses, états d'épuisement et de convalescence

3 villas séparées pour maladies mentales

4 médecins

Installation hydrothérapeutique très moderne
gymnastique, massage, jardinage, tissage, etc...

Grande ferme modèle

RENSEIGNEMENTS ET PROSPECTUS PAR L'ADMINISTRATION



VILLA LUNIER à BLOIS (Loir-et-Cher)

consacrée au traitement des maladies mentales

Fondé en 1860 par l'éminent D^r LUNIER cet établissement sis sur un plateau salubre à la périphérie de la ville à 1.500 mètres de la gare, se trouve au milieu d'un parc magnifique de 11 hectares ; il comporte toutes les commodités modernes et les divers moyens de traitement ; un laboratoire bien outillé permet tous les examens biologiques nécessaires.

La direction et le service médical sont assurés par deux médecins en chef des Hôpitaux psychiatriques assistés d'internes, de religieuses, d'infirmiers et d'infirmières laïques.

Le prix de pension varie de 920 fr. par mois à 1.320 fr. selon les classes.

Le prix des pavillons particuliers oscille entre 2.500 f. et 4.800 fr.

~~~~~  
TÉLÉPHONE : 2-82  
~~~~~

**POUR PLUS AMPLES RENSEIGNEMENTS,
DEMANDER LE PROSPECTUS DÉTAILLÉ.**

MÉDICATION ALCALINE PRATIQUE

COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT

3 à 4 comprimés par verre d'eau

12 à 15 comprimés par litre.

ANTI-RHUMATISMAL
ÉNERGIQUE

**NOVACÉTINE
PRUNIER**

6, R. de la Tacherie, PARIS
et Pharmacies,
R. C. Paris, 53 318

RECONSTITUANT
DU SYSTÈME NERVEUX

**NEUROSINE
PRUNIER**

GLYCÉROPHOSPHATE DE CALCIUM
ASSIMILABLE

PARALYSIE GÉNÉRALE

CHIMIOTHÉRAPIE

STOVARSOL SODIQUE

4 oxy 3-Acétylamino - phényl
1 Arsinate de sodium

AMPOULES dosées
à 0,gr50 et 1gr.

INJECTIONS
Sous-Cutanées ou
Intramusculaires

PYRÉTHÉRAPIE

DMELCOS

émulsion stabilisée
de bacilles de Ducrey

AGENT PYRÉTOGÈNE
RÉGLABLE À VOLONTÉ

AMPOULES
de ½ cc. à 3 cc.

INJECTIONS
Intraveineuses

23 rue de la

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPECIA MARQUES "POULENC FRÈRES" et "USINES DU RHÔNE"
21, rue Jean Goujon — Paris —



CLINIQUE MÉDICALE DE FONTENAY-S.-BOIS

(Seine)

6, Avenue des Marronniers — Tél. : Tremblay 12-87

Médecin-Directeur :

Docteur G. COLLET, Ancien interne des Asiles de la Seine

TRAITEMENT DES MALADIES NERVEUSES

ISOLEMENT — PSYCHOTHÉRAPIE — RÉGIMES — HYDROTHÉRAPIE
ÉLECTROTHÉRAPIE

ÉTABLISSEMENT SITUÉ EN BORDURE DU BOIS DE VINCENNES — PARC
PAVILLONS SPÉCIAUX POUR DAMES ET JEUNES FILLES

MAISON de REPOS pour PERSONNES AGÉES et pour CONVALESCENTS
MOYENS de COMMUNICATIONS FACILES AVEC PARIS

Chemin de fer de Vincennes, Place de la Bastille, à Paris
Autobus n° 122 au Château de Vincennes (Station du Métro).

ÉTABLISSEMENT HYDROTHÉRAPIQUE

ET

MAISON DE CONVALESCENCE

Docteur J.-B. BUVAT et Docteur G. VILLEY-DESMESERETS

Anciens Internes des Asiles de la Seine

Médecins-Directeurs

VILLA MONTSOURIS

130, rue de la Glacière

PARIS

Téléphone : Gobel. 05-40

MARDI, VENDREDI

2 à 5

CHATEAU de l'ABBAYE

VIRY-CHATILLON

(S.-et-O.)

Téléphone : Juvisy 76

PARC : Huit Hectares

TRAITEMENT DES MALADIES
NERVEUSES ET DES TOXICOMANIES

— PRIX MODÉRÉS —

L'ACTIVITE DE LA CROIX-ROUGE FRANÇAISE

(Suite)

concours aux autorités civiles chargées de la défense passive. De plus, elle a organisé des sections sanitaires qui se développent chaque jour, pour le transport des blessés, pour l'envoi aux armées de matériel chirurgical ou pharmaceutique, sans compter les foyers du soldat, les centres d'accueil, les services d'envoi aux soldats de colis, de livres, etc... Sans compter le précieux concours que la Croix-Rouge a donné aux autorités lors des évacuations des populations.

" LES BERGES DU LÉMAN "

à VEVEY (Suisse)

Traitement des affections nerveuses

Cures de repos et de convalescence

Traitement spécial des psychonévroses

Situation exceptionnelle -- Vue étendue -- Grand parc -- Tout confort

Médecin-Directeur : Docteur M. GUILLEREY (Cabinet de consultations à Lausanne : Grand-Chêne, 2, lundi et jeudi sur rendez-vous. Téléphone 32.434). — Médecin-Adjoint : Docteur R. DUBY, un Médecin-Assistant. Téléphone : Vevey 52.008 ; Adresse télégraphique : Berges Vevey.

Renseignements et prospectus auprès de la direction médicale



CHATEAU DE PREVILLE

Tél. 52 ORTHEZ (Basses-Pyrénées)



•
Dr Marcel DHERS

◆
Climat toni-sédatif

MAISON
de Traitements
de Repos ~~~~~
de Régimes ~~~~~

Affections nerveuses
Intoxications
Convalescences
•



Installation luxueuse et plaisante sur les bords du Gave au milieu
-- d'un parc de douze hectares à proximité de Pau et Biarritz --
Rayons X — Electrothérapie — Hydrothérapie — Psychothérapie

MAISON DE SANTÉ D'ÉPINAY-SUR-SEINE

(Fondée par le Dr Tarrius)

6, Avenue de la République, EPINAY-sur-SEINE

Téléphone : 68 St-Denis



Maladies mentales et nerveuses des deux sexes
Désintoxications - Cures de repos - Hydrothérapie - Electrothérapie
Rayons ultra-violet

PAVILLONS SÉPARÉS ET VILLAS PARTICULIÈRES

très confortables au milieu d'un parc de 15 hectares

CHAUFFAGE CENTRAL -- ÉLECTRICITÉ -- CHAPELLE

*L'établissement est largement ouvert à tous les Médecins
qui peuvent continuer d'y traiter leurs malades*

Moyens de communication : Tramway n° 54, Place de la Trinité-Enghien (s'arrête devant l'Etablissement). — Chemin de fer gare du Nord, trajet en 10 minutes. — Automobiles, route d'Enghien, 7 kilomètres de Paris.

**LE CASTEL
D'ANDORTE**

- 342, Route du Médoc -
LE BOUSCAT, près Bordeaux
- Téléphone : BORDEAUX 836-30 -

**MALADIES MENTALES
- ET NERVEUSES -**

Médecin-Directeur :
Docteur Pierre CHARON

NEUROBORE PUR

Solution inaltérable de tartrate borico-potassique pur
1 gr. par cuillerée à café

SPÉCIFIQUE DES AFFECTIONS NERVEUSES.

Pas d'Acné — Pas de troubles gastro-intestinaux — Pas de dépression cardiaque

NEUROBORE -G- ASSOCIÉ

Tartrate borico-potassique + Phénylethyl-malonylurée + Correctif
en cachets solubles

MÉDICATION D'ATTAQUE

des Affections nerveuses graves, des Insomnies rebelles

CANTÉÏNE

BOUTEILLE

(Cratægus -- Passiflore -- Hamamélis -- Salix alba)
Eréthisme cardiaque - Neurasthénie - Mélancolie - Déprimés
-- Troubles circulatoires et troubles nerveux consécutifs --
Echantillon gratuit sur demande

Laboratoire E. BOUTEILLE, 23, rue des Moines, PARIS (17^e)

SOMMAIRE DU N° 5 (tome II), DECEMBRE 1959

MÉMOIRES ORIGINAUX

1. BURSTIN. — Pensée affective et psychopathologie 501
2. ÉQUIERRE, E. FASSIO et B. LAFON. — Automatisme et hypertonie de l'impulsion psychomotrice 511
3. DESRUILLÈS et H. BOUSSOT. — L'assistance aux aliénés en Algérie (1830-1909-1919-1939-1959) 528

(Suite du sommaire, page 11)

MAISON DE SANTÉ

— D'IVRY-SUR-SEINE —

23, Rue de la Mairie à IVRY

Téléphone : Gob. 01.67

MALADIES MENTALES & NERVEUSES

NOMBREUX PAVILLONS
DANS UN PARC DE 12 HECTARES

Médecin-Directeur : Docteur A. DELMAS

Ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin-adjoint : Docteur P. DELMAS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du 18 décembre 1939

Adoption du procès-verbal ..	597
Correspondance ..	597
Croix de guerre ..	598
Election d'un membre titulaire hono- raire ..	598
Election de deux membres correspondants nationaux ..	598
Rapport de la Commission des finances ..	598
Rapport du Secrétaire général ..	599
Prix de la Société Médico-Psychologi- que ..	600

Election du Bureau de la Société pour l'an- née 1940 ..	600
Bureau de la Société Médico-Psychologique pour 1940 ..	601
Conseil d'administration ..	602
Commission des Finances ..	602
Décès du Dr Séglas ..	602
P. CHATAGNON et Mlle S. JOUANNAIS. — Part des troubles vasculaires dans l'évolution clinique des syndromes mentaux à propos d'un cas d'alcoolisme chronique avec syndrome de Raynaud et d'un cas de	

(Suite du sommaire page IV).

CHATEAU

DIRECTEUR : Dr Gaston MAILLARD
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Médecin de Bicêtre et de la Salpêtrière
Médecin-adjoint : Dr Charles GRIMBERT

DE

— MAISON DE SANTÉ MODERNE —
POUR DAMES ET JEUNES FILLES



L'HAY-LES-ROSES

INSTALLATION
DE
PREMIER ORDRE

Notice sur demande

2, rue Dispan

L'HAY-
LES-ROSES
(SEINE)

TÉLÉPHONE : 5

AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX
- CURES DE DÉSINTONICATION -
- DE REPOS ET DE RÉGIMES -

CHATEAU DE SURESNES

Téléphone : SURESNES 2.88

Maison
de Santé
de Repos
de Régimes



FONDÉE PAR

M. le Dr MAGNAN

Membre de

l'Académie de Médecine



Le Château

La Maison de Santé du Château de Suresnes est située à la Porte de Paris (sortie du Bois de Boulogne), dans un grand parc.

Remise à neuf et embellie depuis la guerre, la maison reçoit, dans des parties distinctes (château et pavillons dispersés dans la verdure du parc), des convalescents, neurasthéniques, nerveux, intoxiqués ou psychopathes.

Château et pavillons réunissent toutes les conditions les meilleures d'hygiène et de bien-être (chauffage central, eau chaude, électricité, eau de source), etc.

Les personnes qui y séjournent peuvent y disposer à leur gré d'une chambre meublée avec luxe, d'un cabinet de toilette, d'un salon, d'une salle de bains, etc.

Les Médecins de la Maison de Santé et leurs familles prennent leurs repas avec les pensionnaires qui désirent fréquenter la salle à manger.

La Maison est largement ouverte à Messieurs les Médecins, qui peuvent ainsi continuer à suivre leurs malades.

HYDROTHÉRAPIE - ÉLECTROTHÉRAPIE

MÉDECINS DIRECTEURS :

Dr FILLASSIER O. *  Dr DURAND-SALADIN

NOTICE SUR DEMANDE

Communications : Tramway du Val d'Or à la Porte Maillot

psychose maniaque-dépressive avec arythmie. Leur importance au point de vue thérapeutique	605	psychopathies	610
P. CHATAGNON et Mlle S. JOUANNAIS. Influence des événements de guerre sur les		H. BEAUDOUIN. — Evénements de guerre et troubles mentaux	618
		J. Vié. — Troubles psychopathiques en rapport avec les événements actuels ..	621

SOCIÉTÉS

Société Belge de Neurologie

Séance du 25 novembre 1939

J. VAN GELUCHTEN. Syndrome de Parinaud : étude anatomique	627	J. THICA. — Syndrome constitué par l'association de troubles mentaux paranoïdes, de polynevrite, de néphrite et de crampes (malade des crampes)	628
P. VAN GELUCHTEN, MORITTE et RAYMONDES. Cholestéatome de la région épiphysaire	627	L. VAN BOGAERT. Sur les arthropathies multiples symétriques des extrémités inférieures et leurs rapports avec la Syringomyélie. Contribution à l'étude du mal pectorant plurilobaire familial	628

(Suite du sommaire, page VI).

CHATEAU DES COUDRAIES

Ancienne Institution d'Eaubonne (fondée en 1847)

Magnifique Parc de 5 hectares, adossé à la forêt de Sénart. Très belle vue sur la vallée de la Seine. Très grand confort. Eau courante, chaude et froide, dans toutes les chambres, électricité, chauffage central, installation hydrothérapique complète. Rayons U. V. Jardinage. Horticulture. Potagers de 10.000 m². Tennis.



PRIX DE PENSION A PARTIR DE 1000 FR. PAR MOIS

ÉTIOLLES (S.-&-O.)

ENFANTS ET JEUNES GENS ARRIÉRÉS

Education et Traitement
des déficients intellectuels
à tous les degrés

DIRECTEURS

D^{rs} M. et J. de CHABERT
de 2 à 5 heures
sauf jeudis et dimanches
25 km. de PARIS
gare Evry-Petit-Bourg (P.-L.-M.)
Arrêt des autocars Citroën
27 - 28 - 29 : Dép. de Paris,
pl. Denfert-Rochereau
Tél. Corbeil 126

VILLA DES PAGES

LE VÉSINET (S.-et-O.)

40, Avenue Horace Vernet

TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES
ET DES MALADIES DE LA NUTRITION

REPOS, CONVALESCENCES, RÉGIMES

Cures de désintoxication

Psychothérapie, Rééducation, Physiothérapie



*12 chalets pourvus du confort moderne
disséminés dans un parc de 5 hectares.*

Chambres ou appartements à plusieurs pièces

La clinique est entièrement ouverte aux Médecins
qui peuvent ainsi conserver la direction de leurs malades

Médecins directeurs : Docteurs LEULIER, MIGNON, CASALIS

Médecin assistant : Docteur LECLERCQ

Téléphone : LE VÉSINET 12

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Groupeement Belge d'Etudes oto-neuro-ophthalmologiques et Neuro-Chirurgicales.

Réunion annuelle du 16 décembre 1939
consacrée à l'étude de l'atrophie optique

Mme ANDRÉ-VAN LEEUWEN et BUNSCHELEIT. — Deux cas de sclérose tubéreuse (maladie de Bourneville) avec lésions rétiniennes 629

H. COPPELZ. — Neuropathologie de l'atrophie optique. Considérations générales 629

VANDELHOVEN. — L'atrophie simple du nerf optique 629

P. MARTIN. — Atrophie optique dans les tumeurs juxtalhypophysaires 630

Mme A. VAN LEEUWEN et L. VAN BOGAERT. — Atrophie optique familiale compliquée, de Behr 630

FRIJZ. — Atrophie optique et ischémie 630

H.-J. SCHUBER. — Dégénérescence du faisceau papillomaculaire. Lésions spontanées fréquentes chez les singes 631

L. VAN BOGAERT. — Sur l'atrophie papillaire bilatérale des singes (forme optique de la leuco-encéphalose périvasculaire confluent).... 631

L. VAN BOGAERT. — Les déterminations optiques de l'anémie pernicieuse 631

(Suite du sommaire, page VIII).



CHATEAU DE SAUMERY

CLINIQUE MEDICALE DU CENTRE
HUISSIEU-sur-COSSON (Loir-et-Cher)
12 km de BLOIS — 4 km de CHAMBORD

TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES
MISE EN ŒUVRE DES THÉRAPEUTIQUES LES PLUS MODERNES
(Contrôle de laboratoire)

Magnifique demeure historique
dotée de tout le confort moderne dans un très beau parc de
38 HECTARES CLOS DE MURS

Docteur **Maurice OLIVIER**

Médecin en chef des Hôpitaux Psychiatriques

Téléphone 1, Huissieu-sur-Cosson

MAISON DE SANTÉ

161, rue de Charonne -- PARIS-XI^e

Téléphone : ROQUETTE 05-05

Traitement des maladies mentales et nerveuses des deux sexes

Grand parc de 2 hectares en plein Paris

Pavillons et jardins séparés

Directeur : le D^r Cl. VURPAS

Médecin de La Salpêtrière

Les familles sont reçues tous les jours de 2 heures à 5 heures

VILLA PENTHIÈVRE

Maison de Santé et de Convalescence

SCEAUX (Seine)

TÉLÉPH. 12

PSYCHOSES — NÉVROSES



Médecin-Directeur : D^r BONHOMME, Ancien Interne des Asiles de la Seine
Médecin assistant : D^r CODET, Ancien Chef de Clinique de la Faculté

ANALYSES

LIVRES, THESES, BROCHURES

Psychiatrie.

- R. SUTTE. — Les comportements fondamentaux
dans les affections mentales 632

Psychologie.

- G. DE MAS. — Nouveau Traité de Psychologie 633

Psychanalyse.

- R. DE SAUSSURE. — Le Miracle Grec 631

Biologie.

- P. BASTAI et G.-C. DONLIOTTI. — Physiopathologie de la vieillesse et introduction à l'étude des maladies des vieillards 635
G. LAROCHE, M. BOIGEV, E. BOMPARD, A. DESAUX, R. DUCHOQUET, L. DE GENNES, A. HANOT, J. HERNANDEZ, M. HIRSCH, J.-A. HUY, H. LAGRANGE, E. LAYANI, P. LE NOIR, C. LIAN, G. MARIANO, ET. MAY, L. MEURS-BLAETTER, Ch. RICHET, H. SIMONNET, H. WEILL. — La puberté... 636

Thérapeutique.

- A. RAVISA. — L'Année thérapeutique, Méthodes et procédés nouveaux 638

(Suite du sommaire page X).

Ecole du Docteur Henriette Hoffer

ETABLISSEMENT PSYCHO-MÉDICO-PÉDAGOGIQUE
POUR ENFANTS INAPTES A SUIVRE LES CLASSES NORMALES
(ENFANTS RETARDÉS., DÉLICATS SORDS. PARLANT MAL)

Fondatrices : D^r H. HOFFER et Madame Anne-Marie BUSSEAU



« MONTCLAIR »

1, Grande Rue, BELLEVUE-MEUDON (Seine-&-Oise) - Téléph. : Observatoire 17-45



MASSON ET C^{IE}, EDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS



Vient de Paraître

MANUEL DE PSYCHOTHÉRAPIE PRATIQUE

PAR

A. AUSTREGESILO

Professeur de Clinique Neurologique
à l'Université du Brésil,
Membre de l'Académie de Médecine

Cet ouvrage présente, sous une forme très personnelle,
l'ensemble des notions qu'un Psychiatre doit posséder.
C'est en même temps, un livre de lecture agréable.

Un volume de 208 pages { Prix pour la France et les Colonies. 50 fr.
{ Prix pour l'Etranger. \$ 1.15

Du même auteur :

ANALYSE MENTALE EN PRATIQUE MÉDICALE

1 volume de 130 pages, 1936 (*Collection Médecine et Chirurgie :
Recherches et applications*)

Prix pour la France et les Colonies. 20 fr.
Prix pour l'Etranger. \$ 0.50

*Les prix pour l'Etranger sont établis en dollars. Les règlements seront faits
en dollars (ou en toutes autres monnaies étrangères, au cours du
dollar, lors du règlement).*

JOURNAUX ET REVUES

Neuro-Psychiatrie.

G.-R. LAPORTE. — Psychiatrie et neurologie de guerre et de révolution. Leurs problèmes et leurs solutions	637
J. TISSE. — Les algies sympathiques	638
J.-A. CHAVANY. — Hydrocéphalie considérable parfaitement tolérée pendant 30 ans. Décompensation et évolution fatale en quelques mois	638
R. PONSIO. — L'étiologie des vertiges	639
J.-A. CHAVANY. — L'hérédité dans l'épilepsie. Problème bio-social	639

J.-O. TRELLES et H. MORANTE-FEBRES. — Le tem du cardiazol dans le diagnostic de l'épilepsie	639
H. TOD et H. STALKER. — Les aspects neuro-psychiatriques de l'intoxication bromurée	640
F.-J. CURRAN. — Etude de 50 cas de psychoses dues aux bromures	640
Ch. SARROUY. — Encéphalite de la scarlatine. Ophtalmoplégie transitoire	640
R. PONSIO. — L'encéphalite bulonneuse	641
A. SILVEIRA et L. PINTO DE TOLEDO. — Perversion des instincts et du caractère, conséquence d'une encéphalite épidémique dans l'enfance. Homicide	641

(Suite du sommaire page XII).

LA MÉTAIRIE

— NYON (SUISSE) —

MALADIES NERVEUSES ET MENTALES



DIVISION POUR ENFANTS
DANS UNE MAISON SÉPARÉE

Médecin-chef : D^r E. GONET
D^r P. PLATTNER

Tél. : 9.56.26

DEUX MÉDECINS ASSISTANTS



MASSON ET C^{IE}, EDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS



LE SYNDROME

DE

DÉSINTÉGRATION PHONÉTIQUE

DANS L'APHASIE

PAR

TH. ALAJOUANINE

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hospice de Bicêtre

André OMBRÉDANE

et

Marguerite DURAND

Directeur adjoint du Laboratoire
de Psycho-Biologie de l'Enfant
à l'Ecole pratique des Hautes Etudes

Assistante
à l'Institut de Phonétique

Un volume de 140 pages, avec 44 figures :

Prix pour la France et les Colonies	36 fr
Prix pour l'Etranger.....	\$ 0 80

Les prix pour l'Etranger sont établis en dollars. Les règlements seront faits en dollars (ou en toutes autres monnaies étrangères au cours du dollar lors du règlement).

M. VICTORIA. — Un problème séméiologique : apraxie et agraphie	613
A. BINET. — Le vaginisme mental	613
Hygiène et Prophylaxie.	
A. ROSCA. — L'hygiène mentale profession- nelle	611
Médecine légale.	
FL. STEFANESCU-GOANGA. — La débilité mentale comme cause de délinquance infantile et juvé- nile	611
M. VICTORIA. — Un problème séméiologique : apraxie et agraphie	613
A. BINET. — Le vaginisme mental	613
Hygiène et Prophylaxie.	
A. ROSCA. — L'hygiène mentale profession- nelle	611
Médecine légale.	
FL. STEFANESCU-GOANGA. — La débilité mentale comme cause de délinquance infantile et juvé- nile	611

(Suite du sommaire, page XIV).

SANATORIUM BELLEVUE

du Docteur BINSWANGER



à KREUZLINGEN (Suisse)

(fondé en 1857)

Spécialement organisé pour le traitement des
MALADIES NERVEUSES, MENTALES et des INTOXICATIONS
CURES D'INSULINE

9 villas différentes permettant la séparation complète
des diverses formes de maladies
6 villas séparées pour névroses, états d'épuisement et de convalescence
3 villas séparées pour maladies mentales
4 médecins
Installation hydrothérapeutique très moderne
gymnastique, massage, jardinage, tissage, etc...
Grande ferme modèle

RENSEIGNEMENTS ET PROSPECTUS PAR L'ADMINISTRATION

SAINT-RÉMY

CHALON-SUR-SAONE (S.-&-L.)

Téléphone 316



MAISON DE CURE ET CONVALESCENCE



Etats neurasthéniques -- Affections du système
nerveux - Psycho-névroses - Désintoxications
-- -- Psychothérapie -- Hydrothérapie -- --
-- 40 chambres -- 15 salles de bains --

NI ALIÉNÉS - NI CONTAGIEUX



Direction administrative : MARC RIFAUX *

Direction médicale : Docteur RENÉ VERCIER

ex-interne des Hôpitaux psychiatriques, Chef de clinique
neuro-psychiatrique à la Faculté de Médecine de Paris

VARIÉTÉS

Société Médico-Psychologique :

Séances	645
Nécrologie	615

Hygiène et Prophylaxie :

La prophylaxie des maladies vénériennes. Mesures édictées par décret-loi	646
Prescription des toxiques	619

Académie de Médecine :

Prix décernés par l'Académie de Médecine en 1939	650
Royal Society of Medicine of London	651
Université de Montréal	651
Université de Budapest	651
Nécrologie :	
Henri Codet (1891-1939)	651

INFORMATIONS

IV^e Congrès International du paludisme..... XVIII



VILLA LUNIER à BLOIS (Loir-et-Cher)

consacrée au traitement des maladies mentales

Fondé en 1860 par l'éminent Dr LUNIER cet établissement sis sur un plateau salubre à la périphérie de la ville à 1.500 mètres de la gare, se trouve au milieu d'un parc magnifique de 11 hectares ; il comporte toutes les commodités modernes et les divers moyens de traitement ; un laboratoire bien outillé permet tous les examens biologiques nécessaires.

La direction et le service médical sont assurés par deux médecins en chef des Hôpitaux psychiatriques assistés d'internes, de religieuses, d'infirmiers et d'infirmières laïques.

Le prix de pension varie de 920 fr. par mois à 1.320 fr. selon les classes.

Le prix des pavillons particuliers oscille entre 2.500 f. et 4.800 fr.

~~~~~  
TÉLÉPHONE : 2-82  
~~~~~

**POUR PLUS AMPLES RENSEIGNEMENTS,
DEMANDER LE PROSPECTUS DÉTAILLÉ.**

 **MASSON ET C^{ie}, ÉDITEURS**
LIBRAIRES DE L'ACADEMIE DE MÉDECINE 
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

**RECHERCHES
SUR L'EMBRYOLOGIE
DU
SYSTÈME NERVEUX CENTRAL**

PAR

André BARBÉ

Médecin de la Salpêtrière

Un volume de 340 pages et 275 figures	}	Prix pour la France & Colonies.	250 fr.
		Prix pour l'Etranger.....	\$ 6.55

PSYCHIATRIE

PAR

André BARBÉ

Médecin de la Salpêtrière

Préface du D^r SÉGLAS

DEUXIÈME ÉDITION ENTIÈREMENT REFONDUE
(Collection des Initiations Médicales)

Un volume de 198 pages	}	Prix pour la France & Colonies.	28 fr.
		Prix pour l'Etranger.....	\$ 0.70

Les prix pour l'Etranger sont établis en dollars. Les règlements seront faits en dollars (ou en toutes autres monnaies étrangères au cours du dollar, lors du règlement).

Vitamine B¹ cristallisée

bévitine

Solution injectable: ampoules de 1cc à 0,002 et à 0,01 (BOITES DE 5)
Comprimés dosés à 0,005 (TUBES DE 20)

POLYNÉVRITES

**BÉRIBÉRIQUES
INFECTIEUSES
TOXIQUES
GRAVIDIQUES**

NÉVRALGIES & NÉVRITES

*Injections sous-cutanées
intramusculaires
ou intraveineuses*

**TROUBLES DU MÉTABOLISME
DES HYDRATES DE CARBONE
PARÉSIES INTESTINALES**

Traitement par voie buccale

ODETTE
XÉAU

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
MARQUES POULENC FRÈRES ET USINES DU RHONE **SPECIA**
21, RUE JEAN GOUJON · PARIS · (8^e)



CLINIQUE MÉDICALE DE FONTENAY-S.-BOIS

(Seine)

6, Avenue des Marronniers — Tél. : Tremblay 12-87

Médecin-Directeur :

Docteur G. COLLET, Ancien interne des Asiles de la Seine

TRAITEMENT DES MALADIES NERVEUSES

ISOLEMENT — PSYCHOTHÉRAPIE — RÉGIMES — HYDROTHÉRAPIE
ÉLECTROTHÉRAPIE

ÉTABLISSEMENT SITUÉ EN BORDURE DU BOIS DE VINCENNES — PARC
PAVILLONS SPÉCIAUX POUR DAMES ET JEUNES FILLES

MAISON de REPOS pour PERSONNES AGÉES et pour CONVALESCENTS
MOYENS DE COMMUNICATIONS FACILES AVEC PARIS

Chemin de fer de Vincennes, Place de la Bastille, à Paris
Autobus n° 122 au Château de Vincennes (Station du Métro).

ÉTABLISSEMENT HYDROTHÉRAPIQUE

ET

MAISON DE CONVALESCENCE

Docteur J.-B. BUVAT et Docteur G. VILLEY-DESMESERETS

Anciens Internes des Asiles de la Seine

Médecins-Directeurs

VILLA MONTSOURIS

130, rue de la Glacière

PARIS

Téléphone : Gobel. 05-40

MARDI, VENDREDI

2 à 5

CHATEAU de l'ABBAYE

VIRY-CHATILLON

(S.-et-O.)

Téléphone : Juvisy 76

PARC : Huit Hectares

TRAITEMENT DES MALADIES
NERVEUSES ET DES TOXICOMANIES

— PRIX MODÉRÉS —

INFORMATIONS

IV^e CONGRES INTERNATIONAL DU PALUDISME

Le Conseil d'Administration de la *Société pour l'étude du paludisme* vient de se réunir à Rome, pour délibérer sur l'organisation du *IV^e Congrès International* qui doit se tenir à Rome, à l'occasion de l'Exposition Internationale, en 1942.

Il a été décidé que la Société pour l'étude du paludisme collaborerait avec l'*Institut de Malariologie « Ettore Marchiafava »* pour assurer le fonctionnement du Congrès. Un Comité général et un Comité exécutif ont été nommés.

" LES BERGES DU LÉMAN "

à VEVEY (Suisse)

Traitement des affections nerveuses

Cures de repos et de convalescence

Traitement spécial des psychonévroses

Situation exceptionnelle -- Vue étendue -- Grand parc -- Tout confort

Médecin-Directeur : Docteur M. GUILLEREY (Cabinet de consultations à Lausanne : Grand-Chêne, 2, lundi et jeudi sur rendez-vous. Téléphone 32.434). — Médecin-Adjoint : Docteur R. DUBY, un Médecin-Assistant. Téléphone : Vevey 52.008 ; Adresse télégraphique : Berges Vevey.

Renseignements et prospectus auprès de la direction médicale



CHATEAU DE PREVILLE

Tél. 52 ORTHEZ (Basses-Pyrénées)



●
Dr Marcel DHERS

◆
Climat toni-sédatif

MAISON
de Traitements
de Repos ———
de Régimes ———

~~~~~  
**Affections nerveuses**  
**Intoxications**  
**Convalescences**  
●



Installation luxueuse et plaisante sur les bords du Gave au milieu  
-- d'un parc de douze hectares à proximité de Pau et Biarritz --  
*Rayons X — Electrothérapie — Hydrothérapie — Psychothérapie*

## MAISON DE SANTÉ D'ÉPINAY-SUR-SEINE

(Fondée par le Dr Tarrius)

**6, Avenue de la République, EPINAY-sur-SEINE**

Téléphone : 68 St-Denis



Maladies mentales et nerveuses des deux sexes  
Désintoxications - Cures de repos - Hydrothérapie - Electrothérapie  
Rayons ultra-violets

### PAVILLONS SÉPARÉS ET VILLAS PARTICULIÈRES

très confortables au milieu d'un parc de 15 hectares

**CHAUFFAGE CENTRAL -- ÉLECTRICITÉ -- CHAPELLE**

*L'établissement est largement ouvert à tous les Médecins  
qui peuvent continuer d'y traiter leurs malades*

Moyens de communication : Tramway n° 54, Place de la Trinité-Enghien (s'arrête devant l'Établissement). — Chemin de fer gare du Nord, trajet en 10 minutes. — Automobiles, route d'Enghien, 7 kilomètres de Paris.

LE CASTEL  
D'ANDORTE

- 342, Route du Médoc -  
LE BOUSCAT, près Bordeaux  
- Téléphone : BORDEAUX 836-30 -

MALADIES MENTALES  
- ET NERVEUSES -

Médecin-Directeur :  
Docteur Pierre CHARON

## NEUROBORE PUR

Solution inaltérable de tartrate borico-potassique pur  
1 gr. par cuillerée à café

SPÉCIFIQUE DES AFFECTIONS NERVEUSES

*Pas d'Acné — Pas de troubles gastro-intestinaux — Pas de dépression cardiaque*

## NEUROBORE -G- ASSOCIÉ

Tartrate borico-potassique + Phényléthyl-malonylurée + Correctif  
en cachets solubles

MÉDICATION D'ATTAQUE

des Affections nerveuses graves, des Insomnies rebelles

## CANTÉINE

BOUTEILLE

(Crataegus -- Passiflore -- Hamamélis -- Salix alba)  
Erethisme cardiaque - Neurasthénie - Mélancolie - Déprimés  
-- Troubles circulatoires et troubles nerveux consécutifs --  
Echantillon gratuit sur demande

Laboratoire E. BOUTEILLE, 23, rue des Moines, PARIS (17<sup>e</sup>)





